



Fiche médicale de l'élève

L'infirmière de l'Institut Le Rosey vous prie de bien vouloir **faire remplir et signer cette fiche par votre médecin et de la renvoyer à** : Infirmière du Rosey, Château du Rosey, 1180 Rolle, Suisse.

Nous vous remercions de votre collaboration. **Cette fiche est obligatoire et il est de première importance qu'elle soit remplie correctement.**

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe F M Date de naissance : _____ Groupe sanguin : _____

N° de tél. en cas d'urgence : _____

Adresse : _____

En tant que parent/personne responsable de l'élève sus nommé, je donne l'autorisation aux infirmières, à la direction de l'école, ainsi qu'à tout enseignant de l'école concerné par les soins et la santé des élèves, d'avoir accès aux données de la fiche médicale de mon enfant. Ceci uniquement afin de répondre aux besoins de sa santé et de son éducation.

Lieu et date : _____ Signature (parent ou personne responsable) : _____

Souhaitez-vous avoir un entretien particulier avec une infirmière de l'école? OUI NON

SECTION I - ANAMNÈSE DE L'ÉLÈVE

L'élève souffre-t-il (elle) ou a-t-il (elle) souffert de :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| • Troubles de nutrition ou de poids | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Diabète (si oui, préciser le type) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ | _____ |
| • Allergies (alimentaire, insectes, médicaments etc.) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Problèmes orthopédiques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Trouble social, émotionnel ou comportemental | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Epilepsie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles de la vision, de l'ouïe, de l'élocution | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Troubles cardiaques (par ex. souffle cardiaque etc) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Conséquences d'accidents ou de blessures | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Maladie chronique | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles respiratoires/asthme | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Troubles dermatologiques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles rénaux, maladies du système uro-génital | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | • Autre | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| • Troubles de l'apprentissage (ex. dyslexie ou autre) | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ | _____ |

Merci d'apporter des précisions **en cas de réponse positive** à l'une ou l'autre des rubriques si dessus. (Nature et fréquence du trouble, dernier épisode, intensité etc.)

SECTION II - MALADIES Indiquer les maladies déjà contractées par l'élève, en indiquant si possible la date :

	DATE		DATE		DATE			
• Oreillons	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Rubéole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Autre maladie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
• Scarlatine	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Coqueluche	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	(mononucléose, tuberculose, typhus, malaria, Pfeiffer...)		_____
• Varicelle	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Diphtérie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____	_____	_____
• Rougeole	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Pneumonie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____	_____	_____

SECTION III - QUESTIONS GÉNÉRALES

L'élève a-t-il/elle subi une hospitalisation ou intervention chirurgicale ? Si oui laquelle ? Y a-t-il des conséquences actuelles ?

OUI NON _____

L'élève prend-il occasionnellement ou régulièrement des médicaments ? Si oui, lequel (lesquels) et pour quelle raison ?

OUI NON _____

Y a-t-il une restriction, ou une adaptation nécessaire, à ce que l'élève participe pleinement aux activités de l'école, y compris aux sports ? Si oui, préciser la raison de cette restriction :

OUI NON _____

L'élève suit-il (elle) un traitement psychologique, ou l'a-t-il (elle) fait dans le passé ? Si oui, donner des précisions :

OUI NON _____

SECTION IV - VACCINATIONS L'élève a reçu les vaccins suivants (indiquer la date) :

	DATE		DATE		DATE			
• Hépatite A + B Twinrix	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Tétanos	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	Rappel	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____
• Hépatite A	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Poliomyélite	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	Genre de vaccin	_____	_____
• Hépatite B	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Diphtérie- Tétanos-Coqueluche (Di-Te-Per)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____	_____	_____
• Tuberculose BCG	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Diphtérie- Tétanos-Polio (Di-Te-Pol)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	_____	_____	_____
• Test tuberculine (Mantoux)	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	_____	• Autre vaccinations	_____	_____	Genre de vaccin	_____	_____
	<input type="checkbox"/> avec succès <input type="checkbox"/> sans succès		• Sérums administrés (par ex. anti-tétanique)	_____	_____	Genre de sérum	_____	_____

Mlle / M. _____

- est actuellement en bonne santé.
- n'a pas été récemment en contact avec des personnes atteintes de maladies contagieuses.
- doit être particulièrement suivi(e) sur les points suivants :

Lieu et date : _____ **Timbre et signature du médecin :**