

## ASBL Centre de Santé de Soignies

## Service PSE

N° d'entreprise 0410690773 - Fase 5638

Boulevard Roosevelt, 17 – 7060 Soignies

Tél./Fax : 067/33.36.80

Mail : [service@psesoignies.be](mailto:service@psesoignies.be)**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL SOUMIS AU SECRET MÉDICAL****A remettre sous enveloppe à l'école**

Madame, Monsieur,

En vue de l'application du décret relatif à la promotion de la santé à l'école du 14/03/2019, le pouvoir organisateur de l'école de votre enfant a choisi l' « ASBL Centre de Santé de Soignies – Service PSE » pour assurer les missions de promotion de la santé de son école. Une des missions est le suivi médical préventif des élèves. Il inclut les bilans de santé individuels obligatoires et le programme de vaccination. C'est pour cette raison et dans cette optique de prévention et de promotion de la santé que votre enfant se rendra au centre de santé pour un bilan de santé obligatoire et gratuit.

Ce bilan offre un lieu d'échange et d'écoute à chaque élève qui peut s'exprimer en toute confidentialité avec des professionnels de la santé. Après analyse du dossier et de l'état vaccinal, il se déroule en deux parties :

-La biométrie : en fonction de l'âge, les infirmières effectuent une mesure du poids et de la taille, un test auditif, un test visuel adapté à l'âge et pour les adolescents, une mesure de la tension artérielle.


-L'examen médical : le médecin réalise un examen clinique systématique complet (sauf en première maternelle) adapté à l'âge et à la situation particulière de l'élève.

Le Service PSE accorde la plus haute importance à la protection de la vie privée. Le traitement de vos données à caractère personnel s'effectue conformément à la législation européenne sur la protection de la vie privée, selon le Règlement général sur la protection des données. Pour plus d'informations : <https://www.one.be> ou <https://spse-soignies.be>.

Certaines questions qui pourraient être facultatives sont indiquées par un astérisque \*. En répondant à ces questions, vous nous autorisez à traiter ces informations dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge de votre enfant.

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration et vous assurons que notre but, commun au vôtre, est le bien-être et la santé de votre enfant. L'équipe du service PSE se tient à votre disposition au centre de santé, à l'école de votre enfant ou à votre domicile.

1

 Ce formulaire étant destiné à des élèves du fondamental et du secondaire, il se peut que votre enfant ne soit pas concerné par certaines questions.

 **Si votre enfant est déjà passé par notre centre, veuillez ne compléter que les évènements nouveaux.**

**Situation familiale****IDENTITE DE L'ENFANT**

N° national (NISS) : - - - - -

NOM : ..... PRENOM : ..... Sexe : M/F

Né(e) le ...../...../..... à ..... Nationalité : .....

Adresse : N° ..... Rue ..... Localité : .....

Langue(s) parlée(s) à la maison : .....

Date d'arrivée en Belgique (éventuellement) ...../...../..... Pays d'origine : .....

Dépistage tuberculose ? ..... Date du dépistage : ...../...../.....

Ecole actuelle : ..... Classe : .....

Ecole fréquentée avant d'arriver dans l'école actuelle (+ville/CP) : .....

**NOM – PRENOM – TELEPHONE – E-MAIL DES RESPONSABLES DE L'ENFANT**

1 : .....

2 : .....

## COMPOSITION DE LA FAMILLE

	Nom	Prénom	Date naissance	Profession	Etat de santé ou date et cause du décès
Parent 1					
Parent 2					
Enfant(s)					
Autre					

### L'enfant vit habituellement avec :

- Ses parents     
  Garde alternée     
  Son père     
  Sa mère     
  Autres (précisez).....

## Renseignements sur l'état de santé de l'élève

### Naissance et petite enfance

La grossesse a-t-elle été normale ? OUI-NON Si non, pourquoi ?.....

L'accouchement a-t-il été normal ? OUI-NON Si non, pourquoi ? .....

Accouchement à terme ? OUI-NON À combien de semaines ? .....

Poids et taille à la naissance : .....      .....

Dépistage de la surdité à la naissance : OUI-NON Si oui, résultats .....

Durant les premières années de sa vie, l'enfant a-t-il présenté des difficultés d'apprentissage ?

- Marche     
  Langage     
  Propreté de jour/de nuit     
  Autre .....

Père : Taille .....

Poids .....

Mère : Taille .....

Poids .....

*Ces informations nous sont nécessaires pour mieux comprendre la courbe de croissance de votre enfant.*

### Votre enfant a-t-il déjà été opéré/accidenté ? OUI-NON

Si oui, dans quelles circonstances ? .....

Date : .....

### Votre enfant présente-t-il une maladie pour laquelle un suivi ou un traitement est déjà mis en place ? OUI-NON

Si oui, laquelle ? (Diagnostic ?) .....Quel est le traitement ? .....

Prend-il des médicaments ? OUI-NON

Si oui, lesquels ? .....

**Votre enfant présente-t-il ou a-t-il présenté :** (Entourez ou complétez)

Allergies (si oui, lesquelles ? Traitement ?) .....

Troubles respiratoires : rhume des foins, asthme, angines à répétition, otites à répétition, bronchites à répétition, pneumonie, essoufflement, .....

Troubles cardiaques : souffle, hypertension, .....

Troubles de la digestion : diarrhées fréquentes, constipation, vomissements fréquents, douleurs abdominales, hépatite, .....

Troubles orthopédiques : scoliose, entorses, tendinite, .....

Troubles dermatologiques : eczéma, psoriasis, .....

Affections urogénitales : infections urinaires, affections génitales, énurésie (pipi au lit), .....

Troubles neurologiques : épilepsie, dépression, autisme, anxiété, maux de tête, nervosité, .....

Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, .....

Addictions : tabac, drogue, alcool, jeux, .....

Troubles du sommeil : ..... Durée du sommeil : .....

Troubles de l'apprentissage : dyspraxie, dyslexie, dyscalculie, trouble de l'attention, autres difficultés scolaires : .....

Autres : .....

**Vue :**  Cache  Lunettes  Lentilles Date du dernier contrôle : .....

**Audition :**  Drains  Appareil auditif Date du dernier contrôle : .....

**Suit-il un autre traitement ?**  Logopédique  Kiné  Dentaire  Neuropédiatrique  
 Psychologique  Orthopédique  Diététique  Autre

À quelle fréquence ? .....

**Croissance, développement**

Sa maturité, au point de vue croissance et évolution pubertaire, vous semble-t-elle normale pour son âge ?

OUI-NON, pourquoi ? .....

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI-NON Régulièrement ? OUI-NON

Date des premières règles ? .....

Votre enfant prend-il un moyen de contraception ? OUI-NON

**Activités extrascolaires**

Est-il actif ? .....

Vous paraît-il résistant à l'effort physique ? OUI-NON

Si votre enfant pratique un sport, pourriez-vous nous préciser lequel\* ? .....

Autre(s) activité(s)\* : .....

**Antécédents médicaux familiaux :** .....

**Point(s) particulier(s) sur le(s)quel(s) vous souhaitez attirer l'attention du médecin ?**

.....

**Quels sont les examens éventuellement réalisés à la suite de la dernière visite médicale et quels en étaient les résultats ?**

.....

## Etat vaccinal de l'enfant

### **Merci de joindre une copie de la carte de vaccination (IMPORTANT)**

Voici les rappels de vaccination à prévoir :

- Vers 5-6 ans : Diphtérie -Tétanos – Coqueluche – Polio (M3)
- Vers 7- 8 ans : Rougeole – Rubéole – Oreillons (P2)
- Vers 13-14 ans : Papillomavirus (Différenciées – 2<sup>ème</sup> secondaire)
- Vers 15-16 ans : Diphtérie – Tétanos – Coqueluche (4<sup>ème</sup> secondaire)

→ Pour toute question concernant la vaccination : <https://vaccination-info.be/>

→ **Pour les élèves de 2ème primaire, différenciées, 2ème et 4ème secondaires, si vous souhaitez la vaccination par notre service, veuillez compléter le document remis par l'école.**

### Médecin traitant

Nom : ..... Adresse : .....

Téléphone : ...../.....

### Autorisations :

- J'autorise  je n'autorise pas le service PSE à demander à la consultation ONE, au médecin traitant ou autre spécialiste les données médicales concernant mon enfant.
- En cas de méningite (infection à méningocoque),  j'autorise  je n'autorise pas le médecin scolaire à administrer le traitement prophylactique : prise unique d'un comprimé ou d'un sirop antibiotique.
- En cas d'urgence nucléaire survenant pendant les heures des bilans de santé, le service de Promotion de la Santé à l'Ecole suivra les recommandations du ministère de la santé publique ou des gouverneurs de province concernant l'administration de comprimés d'iode.  
En cas d'urgence nucléaire,  j'autorise  je n'autorise pas le service PSE à administrer le(s) comprimé(s) d'iode.

Date : ...../...../.....

Signature des parents et/ou du représentant légal