



## INSTRUCTIONS RELATIVES AU CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

**Ce formulaire remplace tous les formulaires datant d'avant le 1<sup>er</sup> avril 2015.** Ce certificat médical universel du District de Columbia sera utilisé pour déterminer l'entrée dans les établissements de développement infantile, le programme *Head Start* et les écoles publiques, publiques à charte, privées et paroissiales de DC.

**Exception : Il ne peut être utilisé en remplacement des formulaires EPSDT ou du formulaire d'évaluation de santé bucco-dentaire du Département de la Santé.** Le CSU de DC a été créé par le Département de la Santé de D.C. et est conforme aux directives de l'Académie Américaine de Pédiatrie en matière de soins de santé préventifs de l'enfant et de l'adolescent, de la naissance à 21 ans. **Ce formulaire est un document confidentiel** conforme aux exigences de la loi américaine sur l'assurance maladie de 1996 (*Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA*) applicable aux prestataires de services de santé et de la loi relative à la confidentialité et aux droits des familles en matière d'éducation de 1974 (*The Family Educational Rights and Privacy Act, FERPA*) applicable aux institutions éducatives.

**Instructions générales : Veuillez utiliser un stylo à bille noire pour remplir ce formulaire**

### Partie 1 : Renseignements personnels de l'enfant :

**Parent ou tuteur :** Veuillez fournir tous les renseignements personnels de votre enfant y compris son nom de famille, son prénom et deuxième prénom, sa date de naissance et son sexe. Mentionner aussi votre nom, numéro de téléphone, adresse, le quartier dans lequel l'adresse est située et le nom et numéro de téléphone d'une personne à contacter en cas d'urgence lorsque vous ne pouvez être joint. Fournissez le nom de l'école ou de la garderie. Cochez la case qui correspond au type de couverture d'assurance maladie de votre enfant. En outre, fournissez le nom de la compagnie d'assurance maladie et le numéro d'identification de l'enfant dans l'espace fourni. Écrivez le nom du prestataire de soins primaires de votre enfant (docteur). Si votre enfant n'a pas de prestataire de soins primaires, écrivez « néant » dans l'espace fourni. **Ce formulaire ne sera pas considéré complet sans la signature du parent ou du tuteur dans la Partie 5.**

### Partie 2 : Antécédents médicaux de l'enfant, examens et recommandations (cette section doit être remplie par le prestataire de soins de santé).

Veuillez cocher toutes les cases pertinentes.

- Date de l'examen médical :** Tous les enfants doivent faire l'objet d'un examen médical effectué par un médecin ou une infirmière praticienne autorisée (certaines infirmières praticiennes utilisent aussi la référence APRN (*Advanced Practice Registered Nurse*), conformément aux recommandations de l'AAP, et à l'alinéa 38-602a du Code officiel de DC. La date mentionnée ici doit préciser la date de l'examen.
- Poids :** Le poids de l'enfant en livres (LB) ou en kilogrammes (KG) ; **Taille :** La taille de l'enfant en pouces (PO) ou en centimètres (CM).
- TA :** Si un enfant est âgé de trois (3) ans ou plus, indiquez la valeur de la tension artérielle dans la case et cochez pour indiquer si elle est normale ou anormale. Si elle est anormale, donnez une explication et une résolution à la Partie 2 : Section A.
- Indice de masse corporelle (IMC) :** Si l'enfant est âgé de deux (2) ans ou plus, l'IMC doit être calculé et enregistré en incluant la valeur en percentile. L'IMC est une mesure calculée à partir du poids et de la taille de l'enfant.
- HGB/HCT :** L'hémoglobine (HGB) ou l'hématocrite (HCT) est **exigée pour tous les enfants participants de moins de six ans(6)**. De plus, le dépistage de l'anémie est recommandé pour les adolescentes qui ont leurs menstruations selon les directives de l'AAP. Veuillez enregistrer le niveau sanguin et indiquez quel test a été utilisé en encerclant HGB, HCT ou les deux.
- Examens ophtalmologique et auditif :** Les enfants devraient commencer à subir des examens ophtalmologiques objectifs réguliers à l'âge de trois ans (3) et des examens auditifs objectifs à l'âge de quatre(4) ans. Si un examen objectif ne peut pas être effectué, et qu'il y a une source de préoccupation, donnez une explication et une résolution à la Partie 2 : Section A
- PROBLÈMES DE SANTÉ :** Le prestataire de santé doit effectuer les examens suivants : asthme, crises convulsives, diabète, troubles du langage, développementaux, du comportement et autres qui pourraient nécessiter des besoins particuliers en matière de soins de santé. Pour chaque examen où il y a des « PROBLÈMES DE SANTÉ », le prestataire de soins de santé doit cocher la case indiquant que l'orientation vers des services appropriés de traitement a été faite ou que l'enfant est en cours de traitement pour le problème. S'il n'y a **AUCUN** « PROBLÈME DE SANTÉ », alors, cochez la case « **NON** » ou « **NÉANT** » pour chaque examen médical.
- MENTION SPÉCIALE :** « Examen dentaire » - Le prestataire de santé doit indiquer si un dentiste a examiné l'enfant au cours des 12 derniers mois. Si « Non » l'enfant doit être orienté vers un établissement de soins dentaires. L'*American Academy of Pediatrics* et l'*American Academy of Pediatric Dentistry* recommandent que les enfants commencent à aller chez le dentiste dans les six (6) mois suivant l'éruption de la première dent ou à 12 mois, et tous les six (6) mois par la suite. Pour les enfants de moins de trois (3) ans, un professionnel de santé agréé peut fournir des applications de vernis au fluor si un établissement dentaire ne l'a pas encore fait. Les applications de vernis au fluor ne sont pas nécessaires pour l'entrée à la garderie ou à l'école.
- A :** Veuillez mentionner tout antécédent médical significatif, problème médical, maladie contagieuse et les restrictions qui pourraient affecter la capacité de l'enfant à exécuter une activité ou programme scolaire ou cochez la case « **NÉANT** ».
- B :** Veuillez indiquer toute allergie qui pourrait nécessiter **des soins médicaux d'urgence** au cours d'une activité ou d'un programme scolaire ou cocher la case « **NÉANT** ».
- C :** Veuillez indiquer toute prise de médicaments sur le long terme, de médicaments en vente libre ou toute exigence de soins particuliers au cours d'une activité ou d'un programme scolaire ou cochez la case « **NÉANT** ».
- MENTION SPÉCIALE :** Veuillez indiquer tout médicament ou traitement requis au cours d'une activité ou d'un programme scolaire dans la Partie 2 : Section C et complétez l'autorisation du médecin pour l'administration de médicaments et joignez-la au certificat médical universel (DC UHC).

**Partie 3 : Évaluation des risques d'exposition à la tuberculose et au plomb et test : ÉVALUATION DES RISQUES DE TUBERCULOSE :** Effectuez l'évaluation de risques pour la tuberculose telle que définie par les recommandations de l'AAP relatives au test cutané à la tuberculine pour les nourrissons, les enfants et les adolescents dans le LIVRE ROUGE de l'AAP le plus récent, et conformément à l'alinéa 38-602c) du Code officiel de DC (1) *Examination Requirements* and *DCMR 29-325.3 (g) Public Welfare, Child Development Centers*. Le règlement actuel de D.C. impose un examen médical complet annuel comprenant une évaluation des risques d'exposition à la tuberculose, renseignée sur le CSU de DC, pour tous les enfants fréquentant un établissement de développement infantile (EDI) ou une école. Un test cutané à la tuberculine (TCT) ne doit être effectué qu'en cas de reconnaissance de **facteurs de risque élevé** d'exposition à la tuberculose. Pour les enfants jugés à **HAUT RISQUE D'EXPOSITION**, effectuez le TCT et indiquez le résultat du test (négatif ou positif). **Si le TCT est positif**, cochez le résultat de la radiographie pulmonaire (CXR) et indiquez si l'enfant a été traité. **Tous les TCT positifs d'enfants de moins de cinq (5) ans doivent être signalés au programme de contrôle de la tuberculose de D.C. au 202-698-4040.** Si l'enfant est évalué comme ayant un bas risque d'exposition, cochez « **bas** ». **Veuillez noter que le test cutané à la tuberculine universel des enfants entrant dans un EDI et une école est ni recommandé ni obligatoire.**

**• RISQUES D'EXPOSITION AU PLOMB :** Chaque enfant de moins de six ans doit subir un test d'exposition au plomb à deux reprises, indépendamment de l'exposition aux risques perçue. Veuillez reporter la « Date » et le « Résultat » du test de plomb le plus récent sur le CSU de DC. Veuillez indiquer si « En attente » de résultat. La mention « En attente » de résultat sera considérée **valide pour deux mois à compter de la date du test** et ne pourra pas être pris en compte pour exclure un enfant d'une activité ou d'un programme scolaire. Le '*Certificate of Testing for Lead Poisoning*' peut aussi servir de documentation du test et est disponible sur le site du DDOE : <http://ddoe.dc.gov/publication/lead-screening-guidelines>. **TOUS les résultats du test de plomb doivent être transmis électroniquement par les laboratoires au Programme de prévention de l'empoisonnement au plomb et du logement sain de l'enfance de D.C. Pour recevoir des instructions plus détaillées, appelez au 202-654-6036/202-535-2624. Les prestataires de soins peuvent faxer les résultats au numéro sécurisé : 202-535-2607.** Veuillez inclure le nom, l'adresse, et les numéros de téléphone du professionnel de santé agréé et du parent/tuteur.

**Partie 4 : Certification et signature du prestataire de soins (docteur ou infirmière) requises : Prestataires, n'oubliez pas d'écrire votre nom en majuscules et d'apposer le cachet du cabinet ou de la clinique. Professionnels de santé agréés, répondez en cochant "OUI" ou "NON" aux déclarations suivantes :**

L'enfant a été examiné de façon appropriée avec une analyse des antécédents médicaux ;

L'enfant est autorisé à participer aux compétitions sportives (sur la base de l'évaluation et en conformité avec l'examen physique de préparticipation de l'AAP ; et l'enfant a fait l'objet d'examens appropriés pour son âge (en conformité avec les recommandations de l'AAP et les directives de l'EPSDT) pendant l'année en cours. Si la case "NON" est cochée, donnez la raison dans l'espace fourni. Toutes les informations demeureront confidentielles

**Partie 5 : Signature du parent/tuteur requise. (Décharge relative à la divulgation des renseignements sur la santé).**

**Le parent ou le tuteur doit écrire son nom en caractères d'imprimerie, signer et dater.** En signant cette section, le parent ou le tuteur autorise le professionnel de santé agréé à partager les renseignements sur la santé sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de l'élève ou toute agence appropriée du gouvernement de D.C

Les formulaires sont disponibles en ligne sur [www.doh.dc.gov](http://www.doh.dc.gov).

Accédez aux programmes d'assurance maladie sur <https://dchealthlink.com>. Vous pouvez contacter l'infirmière scolaire via le bureau principal de l'école de votre enfant.

## CERTIFICAT DE SANTÉ UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

### Partie 6 : INFORMATIONS SUR LA VACCINATION

**Instructions générales :** Veuillez utiliser un stylo à bille noir pour remplir ce formulaire

Renseignements personnels sur l'enfant/l'élève : Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie le nom de famille, le prénom et le deuxième prénom/initiale. Donnez la date de naissance suivant le format mm/jj/aaaa. Indiquez le sexe de l'enfant/élève en cochant féminin ou masculin. Indiquez le nom de l'école ou de la garderie que l'enfant fréquente.

**Section 1: Informations sur la vaccination** – Indiquez clairement la date (mm/jj/aaaa) des vaccins administrés ou joignez les copies équivalentes avec la signature, l'adresse, le numéro de téléphone du prestataire de santé et la date. Les doses de vaccin doivent être administrées à des intervalles appropriés et à l'âge adéquat. Les doses de vaccin administrées jusqu'à 4 jours avant l'intervalle ou l'âge minimum sont comptées comme valides. Exception : deux vaccins à virus vivants qui ne sont pas administrés le jour même doivent être séparés par un minimum de 28 jours.

Les élèves doivent être vaccinés conformément à la Loi 3-20 de D.C. sur la vaccination des élèves de 1979 (*Immunization of School Students Act*) et au Titre 22 de DCMR, Chapitre , et au calendrier de vaccination établi et publié par le Centers for Disease Control (CDC), l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), l'American Academy of Pediatrics (AAP), and l'American Academy of Family Physicians (AAFP).

**Exigences – Pour connaître les exigences de vaccination relatives à la fréquentation des établissements scolaires et des garderies du District de Columbia, consultez le site du Programme de vaccination du Département de la santé :** <https://immunization.doh.dc.gov/irswebapp/home.jsp>.

Les exigences de vaccination sous sujettes à modifications.

Guide de référence

Noms commerciaux des vaccins par ordre alphabétique (Pour des listes à jour, consultez <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf">http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf</a> )									
Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin	Nom com.	Vaccin
ActHIB	Hib	Engerix-B	Hép B	Ipol	IPV	Pneumova x	PPSV ou PPV23	Vaqtta	Hép A
Adacel	Tdap	Fluarix	Grippe (IIV)	Infanrix	DTaP	Prevnar	PCV ou PCV7 ou PCV13	Varivax	Varicelle
Afluria	Grippe (IIV)	FluLaval	Grip. (IIV)	Kinrix	DTaP + IPV	ProQuad	ROR + Varicelle		
Boostrix	Tdap	FluMist	Grip.( LAIV)	Menactra	MCV ou MCV4	Recombiva x	Hép B		
Cervarix	VPH2	Fluvirin	Grippe (IIV)	Menomune	MPSV ou DTaP + Hép B + IPV	Rotarix	Rotavirus (RV1)		
Comvax	Hép B + Hib	Fluzone	Grippe (IIV)	Pediarix	DTaP + Hép B + IPV	RotaTeq	Rotavirus (RV5)		
Daptacel	DTaP	Gardasil	VPH4	PedvaxHIB	Hib	Tripedia	DTaP		
Decavac	Td	Havrix	Hép A	Pentacel	DTaP + Hib + IPV	Twinrix	Hép A + Hép B		

Noms commerciaux des vaccins par ordre alphabétique (Pour des listes à jour, consultez <a href="http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf">http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/appendices/B/us-vaccines-508.pdf</a> )							
Abréviation	Nom complet du vaccin	Abréviation	Nom complet du vaccin	Abréviation	Nom complet du vaccin	Abréviation	Nom complet du vaccin
DT	Diphthérie, Tétanos	Hép A (HAV) Hép B (HBV)	Hépatite A Hépatite B	MPSV ou MPSV4	Vaccin polyosidique antiméningoco.	Rota (RV1 ou RV5)	Rotavirus
DTaP	Diphthérie, Tétanos, Coquel. acellulaire	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> type b	ROR / RORV	Rougeole, Oreillons, Rubéole / avec Varicelle	Td	Tétanos, Diphthérie
DTP	Diphthérie, Tétanos, Coqueluche	VPH	Virus du papillome humain	OPV	Vaccin antipoliomyélique oral	Tdap	Tétanos, Diphthérie, Coquel. acellulaire
Grippe (IIV ou LAIV)	Grippe	IPV	Vaccin antipoliomyélit. inactivé	PCV ou PCV7 ou PCV13	Vaccin antipneumoco. conjugué	TIG	Tétanos Immunoglobuline
HBIG	Hépatite B Immunoglobuline	MCV ou MCV4	Vaccin antipneumoco. conjugué	PPSV ou PPV23	Vaccin polyosidique antiméningoco.	VAR ou VZV	Varicelle

**Section 2 : Les exemptions pour des raisons médicales** – Remplissez cette section s'il y a une contraindication médicale qui empêche l'enfant de recevoir un ou plusieurs vaccins dans les délais prévus et conformément à la Loi 3-20 de D.C. et aux recommandations de l'ACIP. Cochez tous les vaccins contraindiqués et fournissez en la raison. Si l'exemption pour des raisons médicales est permanente, cochez la case appropriée. Si l'exemption pour des raisons médicales est temporaire, cochez la case appropriée et indiquez la date d'expiration. Le prestataire de santé doit signer, écrire son nom en caractères d'imprimerie, son adresse, son numéro de téléphone ou apposer son cachet et dater cette section.

**Section 3 : Autre preuve d'immunité** – Remplissez cette section si des titres sanguins sont utilisés comme preuves d'immunité. Cochez les cases correspondant au(x) vaccin(s) pour lesquels des titres sanguins ont été obtenus. Joignez une copie des résultats des titres. Le prestataire de santé doit signer, écrire son nom en caractères d'imprimerie, son adresse, son numéro de téléphone ou apposer son cachet et dater cette section.