



CERTIFICAT MÉDICAL UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Partie 1: Renseignements personnels de l'enfant Parent/Tuteur: Complétez clairement et intégralement la Partie 1 et signez la Partie 5.

Nom de famille de l'enfant :	Prénom et deuxième prénom de l'enfant :	Date de naissance :	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Race/Ethnicité: <input type="checkbox"/> Blanc Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Noir Non-Hispanique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Asiatique ou Îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Autre _____
Nom du Parent ou du tuteur :	Téléphone: <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau.	Adresse du domicile:		Quartier:
Contact en cas d'urgence :	Numéro d'urgence: <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Bureau	Ville/État (si autre que D.C.)		Code postal:
École ou garderie :	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Néant		Prestataire de soins primaires (PCP):	
Nom/N°ID: _____				

Partie 2: Antécédents médicaux de l'enfant, examen et recommandations Prestataire de santé : Remplir intégralement le formulaire.

DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL :	POIDS <input type="checkbox"/> LB <input type="checkbox"/> KG	TAILLE <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> CM	TA: (>3ans) <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ANL	Ind. de masse corp. (² ans) (IMC) _____ %
HGB / HCT (obligatoire pour les enfants de moins de 6)	Examen ophtalmo. Droit 20/____ Gauche 20/____	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Essayé	Examen auditif Bon _____ Mauvais _____	<input type="checkbox"/> Appareil <input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Essayé
PROBLÈMES DE SANTÉ :	RÉFÉRÉ ou TRAITÉ	PROBLÈMES DE SANTÉ :		RÉFÉRÉ ou TRAITÉ
Asthme <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité	Langage/Parole <input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité
Crises convulsives <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité	Développement/Comportement <input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité
Diabète <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité	Autre _____ <input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NÉANT <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Traité
VISITE ANNUELLE DU DENTISTE : L'enfant est-il allé chez le dentiste au cours de l'année dernière ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Verni au fluor Date : _____				

A. Antécédent médical significatif, affections médicales, maladie contagieuse ou restrictions qui pourraient affecter l'école, la garderie, les sports ou le camp.

NÉANT OUI, veuillez fournir des détails :

B. Allergies alimentaires/médicamenteuses/environnementales qui pourraient nécessiter des soins médicaux d'urgence à l'école, à la garderie, au camp et au cours d'une activité sportive.

NÉANT OUI, veuillez fournir des détails :

C. Médicaments sur le long terme, médicaments en vente libre ou exigence de soins particuliers. NÉANT OUI, veuillez fournir des détails (pour tout médicament ou traitement requis pendant les heures scolaires ; une autorisation d'un médecin pour l'administration de médicaments devrait être soumise avec ce formulaire).

Partie 3: Évaluation de risques d'exposition à la tuberculose et au plomb et test :

ÉVALUATION DU RISQUE DE TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/> ÉLEVÉ → <input type="checkbox"/> BAS	Test cutané à la tuberculine (TST) DATE:	<input type="checkbox"/> NÉGATIF <input type="checkbox"/> POSITIF	Si TST Positif <input type="checkbox"/> CXR NÉGATIF <input type="checkbox"/> CXR POSITIF <input type="checkbox"/> TRAITÉ	Prestataire de santé: référez un TST positif à un PSP. Questions? Appelez le contrôle de TB: 202-698-4040
RISQUES D'EXPOSITION AU PLOMB	DATE DU TEST DE DÉPISTAGE DU PLOMB :	RÉSULTAT:	Prestataire de santé : Signalez TOUS les niveaux de plomb au DC Childhood Lead Poisoning Prevention Program: Fax: 202-535-2607		

Partie 4: Certification et signature du prestataire de santé obligatoires

OUI NON Cet enfant a été examiné de façon appropriée et les antécédents médicaux ont été analysés. Au moment de l'examen, cet enfant est dans un état de santé satisfaisant pour participer à toutes les activités à l'école, au camp et à la garderie à l'exception de ce qui est noté ci-dessus.

OUI NON Cet athlète est autorisé à participer aux sports de compétition.

OUI NON Examen médical adapté à l'âge de l'enfant effectué pendant l'année en cours. Si non, veuillez expliquer :

Nom en caractères d'imprimerie	Signature du prestataire de santé (MD/APRN/NP)	Date
Adresse	Téléphone	Fax

Partie 5: Signature obligatoire du parent/tuteur. (Autorisation de divulgation des informations de santé /responsabilité civile)

J'autorise l'examineur de santé /l'établissement ayant signé de partager les informations sur la santé sur ce formulaire avec l'école, la garderie, le camp de mon enfant, ou l'agence appropriée du gouvernement de DC. En outre, je reconnais et accepte que le District, l'école, ses employés et ses agents sont exempts de responsabilité civile pour les actes ou omissions en vertu de la loi de DC 17-107, à l'exception d'acte criminel, de faute intentionnelle, de négligence grave ou d'inconduite volontaire.

Nom en majuscules

Signature

Date

CERTIFICAT DE SANTÉ UNIVERSEL DU DISTRICT DE COLUMBIA

Nom de l'élève:

Prénom de l'élève:

Date de naissance :

Section 1: Vaccination : Remplissez ou joignez une copie y afférente avec la signature du prestataire de santé et la date..

VACCINS	ENTRER LES DATES COMPLÈTES (mois, jour, année) DES DOSES DE VACCIN						
	1	2	3	4	5	6	7
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (DTP,DTaP)							
DT (<7 ans.)/ Td (>7 ans.)							
Rappel Tdap							
Haemophilus influenza de type b (Hib)							
Hépatite B (HepB)							
Polio (IPV, OPV)							
Rougeole, Oreillons & Rubéole (ROR)							
Rougeole							
Oreillons							
Rubéole							
Varicelle							
				Antécédents de varicelle: Oui Date: Mois _____ Année _____			
				Vérifié par: _____ (Prestataire)			
				Nom et titre			
Vaccin conjugué antipneumococcique							
Hépatite A (HepA) (Né le ou après le 01/01/2005)							
Vaccin antiméningococcique							
Papillomavirus Humain (HPV)							
Grippe (recommandé)							
Rotavirus (recommandé)							
Autre							

Signature du prestataire de santé

Écrire le nom en maj. ou apposer le cachet

Date

Section 2: EXEMPTION POUR DES RAISONS MÉDICALES. A l'usage exclusif du prestataire de services de santé.

Je certifie qu'à cette date, l'élève ci-dessus a une contrindication médicale valable au vaccin contre : (cocher tout se qui s'applique)

Diphtérie : () Tétanos : () Coqueluche : () Hib : () HepB : () Polio : () Rougeole : () Oreillons : () Rubéole : () Varicelle : () Méningocoque : ()

HepA : () Méningocoque : () HPV : ()

Raison: _____

Ceci est une condition permanente () ou temporaire () jusqu'au ___/___/___.

Signature du prestataire de santé

Écrire le nom en maj. ou apposer le cachet

Date

Section 3: Autre preuve d'immunité. A remplir par le prestataire de santé ou un responsable de la santé.

Je certifie que l'élève nommé ci-dessus a une prévue de laboratoire d'immunité : (Cocher tout ce qui s'applique et joignez une copie des résultats des titres)

Diphtérie : () Tétanos : () Coqueluche : () Hib : () HepB : () Polio : () Rougeole : () Oreillons : () Rubéole : () Varicelle : () Méningocoque : HepA :

() Méningocoque : () HPV : ()

Signature du prestataire de santé

Écrire le nom en maj. ou apposer le cachet

Date