

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ÉLÈVE

1. Nom de famille de l'élève :

2. Prénom de l'élève :

3. Opération, blessure ou maladie grave survenues antérieurement? *(veuillez préciser)*

Date :

4. Fractures subies? *(veuillez préciser)*

Dates :

5. Allergies? *(veuillez préciser)*


6. Prenez-vous des médicaments de façon régulière?

Sans ordonnance

Sur ordonnance

7. Utilisez-vous un inhalateur?

Oui  Non

8. Portez-vous des lunettes/des lentilles cornéennes?

Oui  Non

9. Devez-vous recevoir des injections de façon régulière? *(si oui, veuillez les décrire)*

10. Y a-t-il dans votre famille des maladies qui devraient être portées à notre connaissance? *(veuillez préciser)*

**11. Prenez-vous des médicaments en ce moment?** (si oui, veuillez les décrire)

**12. Souffrez-vous d'un trouble de l'alimentation?** (si oui, veuillez expliquer)

**13. Suivez-vous un traitement pour un trouble médical ou un état émotionnel diagnostiqués?** (si oui, veuillez expliquer)

**14. Avez-vous déjà souffert de l'une des affections suivantes?** (veuillez cocher toutes celles qui s'appliquent)

- |  |                          |   |                          |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| a. Allergies à des médicaments         | <input type="checkbox"/> | n. Rougeole                               | <input type="checkbox"/> |
| b. Allergies alimentaires              | <input type="checkbox"/> | o. Problèmes liés à votre cycle menstruel | <input type="checkbox"/> |
| c. Allergies à des animaux domestiques | <input type="checkbox"/> | p. Oreillons                              | <input type="checkbox"/> |
| d. Anorexie ou boulimie                | <input type="checkbox"/> | q. Poliomyélite                           | <input type="checkbox"/> |
| e. Appendicite                         | <input type="checkbox"/> | r. Pneumonie                              | <input type="checkbox"/> |
| f. Asthme                              | <input type="checkbox"/> | s. Fièvre rhumatismale                    | <input type="checkbox"/> |
| g. Varicelle                           | <input type="checkbox"/> | t. Scarlatine                             | <input type="checkbox"/> |
| h. Toux (persistente, récurrente)      | <input type="checkbox"/> | u. Crises d'épilepsie                     | <input type="checkbox"/> |
| i. Diabète                             | <input type="checkbox"/> | v. Amygdalite                             | <input type="checkbox"/> |
| j. Rubéole                             | <input type="checkbox"/> | w. Tuberculose                            | <input type="checkbox"/> |
| k. Migraines                           | <input type="checkbox"/> | x. Fièvre typhoïde                        | <input type="checkbox"/> |
| l. Hépatite                            | <input type="checkbox"/> | y. Vertiges, étourdissements              | <input type="checkbox"/> |
| m. Malaria                             | <input type="checkbox"/> | z. Ulcères                                | <input type="checkbox"/> |

Autres (veuillez préciser)

**15. Veuillez dresser la liste de tous les vaccins que vous avez reçus :**

Nous faisons cette collecte d'information sur vos antécédents médicaux afin de pouvoir planifier des soins de santé au besoin. Nous garderons cette information strictement confidentielle et ne la communiquerons qu'aux personnes appropriées, s'il y a lieu.