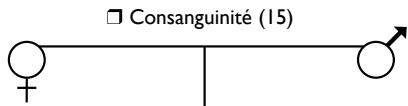


Recueil des données de base et identification des facteurs de risque

Nom : _____

Dossier n° : _____

Date : ____ / ____ / ____



PARENTS

	MÈRE	PÈRE
Âge (8)		
Pays d'origine (1)(2)(5)(10)		
Autochtone ? (2)(3)(10)		
Année d'immigration (2)(10)		
Scolarité		
Occupation (9)(11)		
Tabagisme		
Drogue illicite i.v. (2)(5)(7)		

TYPE DE FAMILLE

Biparentale Monoparentale (8) Autre : _____

Type de garde : _____

HABITATION

Maison < 1950 avec rénovations (11)

Proximité autoroute ou industries traitant le plomb (11)

Foyer pour déficients intellectuels (5)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Surdité durant l'enfance (15) | <input type="checkbox"/> Tuberculose (2) |
| <input type="checkbox"/> Problème génétique ou métabolique (15) | <input type="checkbox"/> Porteur d'hépatite B (5) |
| <input type="checkbox"/> Rétinoblastome (14) | <input type="checkbox"/> Porteur d'hépatite C (7) |
| <input type="checkbox"/> Cataractes congénitales (14) | <input type="checkbox"/> Dyslipidémie parentale (>6.2 mmol/L) (12) |
| <input type="checkbox"/> Strabisme et/ou troubles de réfraction (âge préscolaire) (14) | <input type="checkbox"/> MCAS (<55 ans ♂ et <65 ans ♀) (12) |
| <input type="checkbox"/> Anémie (falciforme, thalassémie) (1) | <input type="checkbox"/> Obésité parentale (16) |

Santé des parents : _____

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Exposition/intoxication au plomb (11) |
| <input type="checkbox"/> Asthme et /ou autres manifestations allergiques (13) |
| <input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

HISTOIRE PRÉNATALE

Gravida ____ Para ____ Aborta ____	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Toxémie	<input type="checkbox"/> Hémorragie	<input type="checkbox"/> Médicaments : _____	<input type="checkbox"/> Tabac : _____
	<input type="checkbox"/> HTA			<input type="checkbox"/> Alcool : _____	<input type="checkbox"/> Drogues : _____
Infection maternelle : <input type="checkbox"/> Toxoplasmose (14)(15)	<input type="checkbox"/> Rubéole (14)(15)	<input type="checkbox"/> CMV (14)(15)	<input type="checkbox"/> Herpès (14)(15)	<input type="checkbox"/> Syphilis (14)(15)	<input type="checkbox"/> Hépatite B (5)
				<input type="checkbox"/> Hépatite C (7)	<input type="checkbox"/> VIH (2)(3)(4)(6)(14)

Anomalie foetale à l'échographie : _____ Autres complications : _____

ACCOUCHEMENT

Terme Nbre de sem de grossesse : _____ (3)(10)(14) Vaginal Ventouse Forceps Césarienne (raison) : _____

Complications : _____

PÉRIODE NEONATALE

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____ Transfert : _____

Poids : _____ (3)(10)(14) Taille : _____ Périmètre crânien : _____ Apgar : ____ / ____ / ____ (14)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Malformation crâno-faciale et/ou oreille externe (15) | <input type="checkbox"/> Ventilation assistée >48 hres (15) | <input type="checkbox"/> Ictère (exsanguino) (15) |
| <input type="checkbox"/> Syndrome génétique comportant de la surdité (15) | <input type="checkbox"/> O ₂ prolongé (>5 jours) (14) | <input type="checkbox"/> Soins intensifs >48 hres (15) |
| <input type="checkbox"/> Méningite bactérienne ou virale (15) | <input type="checkbox"/> Médicaments I.V.(aminoglycosides, diurétiques) (15) | <input type="checkbox"/> Dépistage auditif? (15) |

Autre, spécifier : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------|--|
| Problèmes de santé connus ou passés : | Hospitalisations : | <input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires ou cardiaques chroniques (3)(4) |
| 1. _____ | 1. _____ | <input type="checkbox"/> Maladies chroniques (diabète, cirrhose, néphropathie) (2)(3)(4) |
| 2. _____ | 2. _____ | <input type="checkbox"/> Écoulement chronique LCR (3) |
| 3. _____ | Chirurgies : | <input type="checkbox"/> Splénectomie ou anémie falciforme (3)(6) |
| 4. _____ | 1. _____ | <input type="checkbox"/> Immunosuppression, infection par le VIH (2)(3)(4)(6) |
| 5. _____ | 2. _____ | <input type="checkbox"/> Traitement prolongé à l'ASA (4) |

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS ET PROBLÈMES DE SANTÉ POTENTIELS ASSOCIÉS

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> (1) Hémoglobinopathies (A) | <input type="checkbox"/> (6) Infection à méningocoque (B) | <input type="checkbox"/> (10) Anémie ferriprive (B) | <input type="checkbox"/> (14) Troubles visuels (B) |
| <input type="checkbox"/> (2) Tuberculose (A) | <input type="checkbox"/> (7) Hépatite C (A) | <input type="checkbox"/> (11) Intoxication au plomb (B) | <input type="checkbox"/> (15) Trouble auditifs (B) |
| <input type="checkbox"/> (3) Infection à pneumocoque (A) | <input type="checkbox"/> (8) Négligence ou violence faite aux enfants (A) | <input type="checkbox"/> (12) Dyslipidémie | <input type="checkbox"/> (16) Obésité (A) |
| <input type="checkbox"/> (4) Influenza (B) | <input type="checkbox"/> (9) Retard de développement chez l'enfant défavorisé (A) | <input type="checkbox"/> (13) Allergies | |
| <input type="checkbox"/> (5) Hépatite B (A) | | | |



l'ABCdaire



Développement professionnel continu

**CENTRE DE PÉDAGOGIE APPLIQUÉE
AUX SCIENCES DE LA SANTÉ**



L'ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans

Dossier n° : _____

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS ET PROBLÈMES DE SANTÉ POTENTIELS ASSOCIÉS	ACTIONS (cf guide)	FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS ET PROBLÈMES DE SANTÉ POTENTIELS ASSOCIÉS	ACTIONS (cf guide)
<input type="checkbox"/> (1) Hémoglobinopathies (A)	Électrophorèse de l'Hb	<input type="checkbox"/> (10) Anémie ferriprive (B)	Formule sanguine complète, ferritine
<input type="checkbox"/> (2) Tuberculose (A)	TCT	<input type="checkbox"/> (11) Intoxication au plomb (B)	Plombémie
<input type="checkbox"/> (3) Infection à pneumocoque (A)	Vaccin	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> (4) Influenza (B)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (12) Dyslipidémie	Dosage chol, HDL, LDL, TG > 2 ans ?
<input type="checkbox"/> (5) Hépatite B (A)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (13) Allergies	Mesures diététiques
<input type="checkbox"/> (6) Infection à méningocoque (B)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (14) Troubles visuels (B)	Dépistage, référence
<input type="checkbox"/> (7) Hépatite C (A)	Dosage sérique	<input type="checkbox"/> (15) Troubles auditifs (B)	Dépistage, référence
<input type="checkbox"/> (8) Négligence ou violence faite aux enfants (A)	Visites à domicile	<input type="checkbox"/> (16) Obésité	Dépistage (IMC), éducation
<input type="checkbox"/> (9) Retard de développement chez l'enfant défavorisé (A)	Inscription en garderie		

AUTRES PARTICULARITÉS DE L'ENFANT ET DE SA FAMILLE

MALADIES CHRONIQUES	MÉDICAMENTS	ALLERGIES	VACCINS PARTICULIERS
1.			<input type="checkbox"/> Hépatite B
2.			<input type="checkbox"/> Pneumocoque (polysaccharidique)
3.			<input type="checkbox"/> Influenza
4.			<input type="checkbox"/> Méningocoque (polysaccharidique)
5.			<input type="checkbox"/> Autre