



DOSSIER MEDICAL

Date d'ouverture :

Photo

A remplir par l'étudiant :

NOM :	Prénom :	Sexe :
Date de naissance :		
Adresse et numéro de téléphone des parents :		
Adresse de l'étudiant en 2020-2021 :		
Numéro de telephone mobile :		

Partie à remplir par le médecin de prevention de l'Ecole :

Médecin traitant :	Dernière visite médicale :	
Date entretien :	Taille :	Poids :
Antécédents personnels :		
Antécédents familiaux :		
Père :		
Mère :		
Traitement :		
Allergies :		
Allergie médicaments :		
Troubles fonctionnels :		
Sport, Loisirs :		
Tabac : oui <input type="checkbox"/> depuis ans non <input type="checkbox"/>		
Autre :		
Difficultés psychologiques, sommeil, adaptation :		
Suivi :	TS :	

Vaccinations	DTP	BCG	IDR
Rougeole : Oreillons : Rubéole :			
Acuité visuelle de loin : OD : OG : Correction : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Pathologie : Dernière consultation ophtalmologique :			
Audition Trouble connu :			
Cardio vasculaire Système veineux :		TA : Pouls :	
Pulmonaire :		ORL :	
Abdomen : Transit :		HSM :	
Cutané :			
Ganglions :			
Génito urinaire Suivi gynécologique : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Contraception : Règles :			
Rachis Douleur : Membre supérieur : Membre inférieur :		Troubles de la statique : DDMS :	
Examen dentaire Nombre de dents absentes : Nombre de dents cariées non traitées : Nombre de dents soignées :			
Soins conseillés			



Medical Record File

Photo

All information contained in this medical record will be immediately transferred to the nurse and will remain confidential

Space reserved for the student

SURNAME:	First name:	Gender:
Date of birth:		
Address and telephone number of the parents/guardians:		
Address of the student in 2020-2021:		
Mobile phone number of the student:		

Space reserved for the doctor chosen by the student :

Referring physician:		
Weight:		Height:
Psychological, sleep, adaptation difficulties and so on...: yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
If yes, precise:		
Vaccination (precise the last date of vaccination)		
DTP <input type="checkbox"/> DTPC <input type="checkbox"/>/...../..... ROR <input type="checkbox"/> Quantity of injections:	BCG yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>/...../.....	IDR (IDR 10 U or monotest) Yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Date and result of the las test:/...../.....
Hepatitis B:/...../..... Quantity of injections:	HPV:/...../..... Quantity of injections:	Meningitis C:/...../..... Quantity of injections:
In view of the surge of these diseases, a vaccination is encouraged.		
Others vaccinations:		
Personal medical history:		
Family medical history - Father: Mother:		
Current treatment:		
Known allergies: Allergies that needs treatment:		

Handicap situation:	yes <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
If yes, do you have a MDPH file? :	yes <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Handicap (specify):		
Leisure sport:	yes <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Tabaco:	yes <input type="checkbox"/> fromyears	no <input type="checkbox"/>

Complementaries exams

Visual acuity		
From far	Right:	Left:
Correction:	yes <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Pathologies:		
Last exam with an ophthalmologist:/...../.....		
Audition	Known trouble:	
Cardiovascular	TA:	Pulse:
Pulmonary:	ENT:	
Digestive:	Bowel function:	
Cutaneous:		
Gynecology check-up:	yes <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Contraception:		
Spine	Static troubles:	
Pain:		
Upper limb:	Lower limb:	
Dental exam		
Regular check up <input type="checkbox"/>	Recent check up:	
Observations:		

Stamp, date and signature of the physician
(Mandatory)