

## Formulaire Médical GWA

*Parent/tuteur légal, merci de remplir ce qui suit ...*

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Traitement habituel (nom, dosage, posologie): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Allergies (médicamenteuses, environnementales or alimentaires; si l'élève a une allergie alimentaire, merci de compléter en plus le "formulaire médical pour les allergies sévères"): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'élève a-t-il besoin de médicaments présents à l'école? (inhalateur pour l'asthme, epi-pen, etc): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vaccinations et rappels recents (depuis 7th Grade):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----

**Je certifie, qu'à ma connaissance, toutes les informations sont vraies et complètes. Je donne mon consentement au personnel médical de GWA de prendre soin de mon fils / fille au meilleur de sa capacité et j'autorise l'échange d'informations médicales avec les professionnels de santé si nécessaire.**

Signature du parent/tuteur: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

***A remplir par le médecin de l'étudiant -***

Taille (cm):	Pouls:
Poids (kg):	Tension Artérielle:

<b>Examen du corps</b>	<b>Normal</b>	<b>*Anormal/ Non fait</b>	<b>*Anomalies/Recommandations</b>
Cheveux/Cuir chevelu			
Peau			
Yeux/Vision			
Oreilles/Ouïe			
Nez et gorge			
Dents et gencives			
Ganglions lymphatiques			
Cœur/Appareil cardiovasculaire			
Poumons/Appareil respiratoire			
Abdomen			
Génito-urinaire			
Système neuromusculaire			
Extrémités			
Colonne vertébrale (scoliose)			
Autres -			

Conditions médicales connues (y compris celles qui exigent des médicaments, un suivi, une restriction de l'activité ou qui peuvent avoir une incidence sur les performances scolaires): \_\_\_\_\_

Hospitalisations ou opérations antérieures (renseignez les dates et les diagnostics): \_\_\_\_\_

En signant et/ou en tamponnant ci-dessous; ***Je confirme que cet enfant est en bonne santé et qu'il est capable de participer aux sports scolaires, à des activités physiques après l'école et à des cours d'éducation physique.***

Nom du docteur (en lettres capitales): \_\_\_\_\_

Coordonnées (adresse, téléphone): \_\_\_\_\_

## Dépistage de la Tuberculose

La tuberculose est une maladie endémique qui constitue un problème majeur de santé publique au Maroc. L'efficacité à long terme du vaccin BCG contre la tuberculose n'est pas confirmée. Dans un souci de maintenir des normes élevées de santé à GWA, il est demandé à *tous les nouveaux élèves et aux élèves des niveaux 1st, 4th, 7th, 10th* de faire un dépistage de la tuberculose.

### Questions pour le dépistage de la tuberculose

L'élève a-t'il une toux persistante > 4 semaines accompagnée d'un de ces symptômes:

- Sueurs nocturnes/fièvre
- Crachats sanguinolents
- Perte de poids/fatigue
- Contact direct avec une personne tuberculeuse

Si la réponse est OUI à l'un des symptômes ci-dessus ; une radiographie des poumons sera requise par GWA avant que l'élève ne puisse assister aux cours.

Date de la radio des poumons : _____	Résultat : _____	Médecin/Clinique : _____
--------------------------------------	------------------	--------------------------

- Cet élève ne présente aucun des symptômes ci-dessus ou aucun facteurs de risque d'une possible infection tuberculeuse active

Signature du médecin: \_\_\_\_\_

Date de l'examen médical : \_\_\_\_\_

-----

Si votre enfant n'a PAS reçu le BCG, nous demandons qu'il passe l'un des examens suivant au cours de la dernière année ***précédant sa première entrée à GWA*** :

- Test cutané à la tuberculine également appelé PPD
- Test sanguin au Quantiferon
- Radiographie des poumons

\*\*Merci de remettre une copie de l'examen à l'équipe de l'infirmerie de GWA

-----