

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 at-il besoin de médicaments présents à l'école? (inhalateur pour l'asthme, epi-pen, etc): _____

*Vaccinations obligatoires:

S'il vous plaît, entrez la date de chaque vaccin administré- JJ/MM/AAAA

Diphtérie / Tétanos / Pertussis / Poliomyélite / Hib (s'ils ont été administrés séparément, merci de fournir toutes les dates à l'infirmerie)

1	2	3	4
---	---	---	---

Rappel Tétanos/Diphtérie/Poliomyélite (habituellement à 11-12 ans)

1

Rougeole/Oreillons/Rubéole

1	2
---	---

***Ces vaccins sont OBLIGATOIRES avant l'entrée à GWA. Les exemptions médicales doivent être stipulées par écrit par un médecin et les exemptions religieuses doivent être stipulées par écrit par les parents/tuteurs.**

Vaccinations optionnelles:

BCG (Tuberculose)

--

Hépatite A

1	2
---	---

Hépatite B (fortement recommandé)

1	2	3
---	---	---

Grippe (fortement recommandé; spécialement pour les enfants asthmatiques ou souffrant d'une autre maladie chronique)

1	2	3
---	---	---

Méningite méningococcique

1	2
---	---

Pneumocoque Conjugué (fortement recommandé)

1	2	3	4
---	---	---	---

Varicelle (fortement recommandé)

1	2
---	---

Si l'élève a eu la varicelle, diagnostiquée par un médecin, date: _____

Antécédents médicaux subjectifs -Parents/tuteurs, s'il vous plaît, remplissez avec le médecin de l'élève...

Santé générale: l'élève a-t-il/elle...	Oui	Non	Génito-urinaire: l'élève a-t-il/elle...	Oui	Non
Des problèmes de santé chroniques?			Déjà eu des douleurs au pli de l'aîne ou une hernie?		
Été hospitalisé(e)?			Des antécédents d'infection urinaire ou d'énurésie?		
Été opéré(e)?			Filles: déjà eu ses règles?		
Est-il/elle né(e) sans ou lui manque-t-il/elle un organe?			Si oui, date des premières règles?		
Des crampes musculaires fréquentes pendant l'effort physique?					

Tête/Nuque/colonne vertébrale: l'élève a-t-il/elle ...	Oui	Non	Dentaire: l'élève a-t-il/elle ...	Oui	Non
Eu des maux de tête fréquents ou sévères?			Eu des problèmes ou des douleurs chroniques de dents ou de gencive?		
Eu une blessure à la tête ou un traumatisme cérébral?			Date du dernier examen dentaire:		
Remarqué ou lui a-t-on dit qu'il/elle a une colonne vertébrale courbée (scoliose)?					
Eu un problème de vision ou un traumatisme à l'oeil?					
Lui a-t-on prescrit des lunettes ou des lentilles de contact?					
Date du dernier examen ophtalmologique?:					

Coeur/Poumons: l'élève a-t-il/elle...	Oui	Non	Vie sociale/apprentissage: l'élève a-t-il/elle ...	Oui	Non
Déjà utilisé un inhalateur ou pris des médicaments contre l'asthme?			Lui a-t-on déjà dit qu'il/elle a un trouble d'apprentissage, un retard cognitif, TDA (Trouble du Déficit de l'Attention)/TDAH (Trouble du Déficit de l'Attention avec Hyperactivité)		
Lui a-t-on déjà dit qu'il/elle souffre de problèmes cardiaques?			Expérimenté un traumatisme ou un deuil?		

Coeur/Poumons: l'élève a-t-il/elle...	Oui	Non	Vie sociale/apprentissage: l'élève a-t-il/elle ...	Oui	Non
Déjà eu une douleur, serrement, gêne or oppression thoracique durant un exercice physique?			Déjà été angoissé(e), triste ou en colère la plupart du temps?		
Déjà senti une accélération ou palpitations durant un exercice physique?			Déjà manifesté un manque général d'énergie, de motivation, d'enthousiasme ou d'intérêt?		
S'est-il/elle déjà senti(e) étourdi(e) ou a eu des vertiges pendant ou après un exercice physique?			Déjà essayé de perdre ou de gagner du poids?		

Os/Articulations: l'élève a-t-il/elle ...	Oui	Non	Peau: l'élève a-t-il/elle ...	Oui	Non
Eu une fracture ou une luxation articulaire ?			Déjà eu des éruptions cutanées, plaies ou autres problèmes de peau?		
Si oui, quel os et quand?			Déjà eu de l'herpès (bouton de fièvres) ou une infection cutanée SARM?		
Eu une blessure musculaire, ligamentaire ou aux tendons ?					
Eu des douleurs, une enflure, une chaleur ou une rougeur au niveau des articulations?					

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:

Examen du corps	Normal	*Anormal/ Non fait	*Anomalies/Recommandations
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): _____

Commentaires supplémentaires: _____

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
