

FICHE-ÉLÈVE bilan de 6 ans 2005-2006

I - IDENTIFIANTS

- N° DE L'ÉCOLE →
- DÉPARTEMENT →
- N° D'ORDRE DE L'ENFANT →
- DATE D'ENTRÉE À L'ÉCOLE MATERNELLE
mois Année

- ENFANT DE SEXE → M ☐ F ☐
- DATE DE NAISSANCE →
J J M M A A
- PRÉSENCE DES PARENTS → OUI ☐ NON ☐
- PRÉSENCE DU CARNET DE SANTÉ → OUI ☐ NON ☐
- RANG DE L'ENFANT → /
parmi l'ensemble des enfants vivant au domicile

II - DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- SITUATION FAMILIALE → ☐ Parents (père + mère)
☐ Mère seule
☐ Père seul
☐ Mère + son conjoint
☐ Père + son conjoint
☐ Garde alternée
☐ Autres

• SITUATION ACTUELLE DES PARENTS PAR RAPPORT À L'EMPLOI

- Père

- ☐ En activité
- ☐ Chômeur
- ☐ Au foyer
- ☐ Retraité
- ☐ Sans objet

- Mère

- ☐ En activité
- ☐ Chômeur
- ☐ Au foyer
- ☐ Retraité
- ☐ Sans objet

• PROFESSION DES PARENTS (cf. liste)

- Père →
- Mère →

III - DONNÉES STATURO-PONDÉRALES

• À LA NAISSANCE

- Terme (en semaines d'aménorrhée) →
- Poids (en grammes) →
- Taille (en cm) →

• ACTUELLEMENT

- Date de l'examen →
mois année
- Poids (en kg) →
- Taille (en cm) →

IV - EXAMEN DE LA VISION

L'enfant porte-t-il des verres correcteurs ? → OUI ☐ NON ☐

	Non évaluée	Normale	Anormale	Connue, corrigée ou suivie	Connue, non corrigée et non suivie	Dépistée lors de l'examen
Vision de loin						
Hypermétropie						
Strabisme						
Vision binoculaire						
Poursuite oculaire						
Vision des couleurs						

• BILAN DE L'EXAMEN VISUEL

L'enfant a-t-il été adressé à un ophtalmologiste ? → OUI ☐ NON ☐

V - EXAMEN DE L'AUDITION

FRÉQUENCE (en hertz)	500	1 000	2 000	4 000
OREILLE DROITE	Normale ☐ Anormale ☐	Normale ☐ Anormale ☐	Normale ☐ Anormale ☐	Normale ☐ Anormale ☐
OREILLE GAUCHE	Normale ☐ Anormale ☐	Normale ☐ Anormale ☐	Normale ☐ Anormale ☐	Normale ☐ Anormale ☐

- Matériel satisfaisant pour pratiquer le test → OUI ☐ NON ☐

- Environnement sonore satisfaisant → OUI ☐ NON ☐

• BILAN DE L'EXAMEN AUDITIF

L'enfant a-t-il été adressé à un ORL ? → OUI ☐ NON ☐

VI - DENTITION

- NOMBRE DE DENT(S) CARIÉE(S) NON SOIGNÉE(S) _____ ➔
- NOMBRE DE DENT(S) CARIÉE(S) SOIGNÉE(S) _____ ➔

VII - HABITUDES DE VIE

● PRISE DES REPAS À MIDI, GARDERIE

- Les jours d'école, où votre enfant prend-il ses repas à midi en général ?

Cocher d'une croix les réponses données par les parents (pour les repas du midi, une seule réponse par colonne)

Repas du midi	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Cantine	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Domicile	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Extérieur	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Garderie périscolaire	Matin	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Soir	☐	☐	☐	☐	☐	☐

● ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Combien de fois par semaine votre enfant joue-t-il en plein air en dehors des horaires de classe ?

Les jours d'école (lundi, mardi, jeudi, vendredi) _____ ➔ ☐ < 1 fois/semaine ☐ 1 ou 2 fois/semaine ☐ > ou = 3 fois/semaine

Les jours avec peu ou pas d'école (mercredi, samedi, dimanche) _____ ➔ ☐ < 1 fois/semaine ☐ 1 ou 2 fois/semaine ☐ > ou = 3 fois/semaine

- Combien d'heures par jour au total votre enfant regarde-t-il habituellement la télé ou joue-t-il aux jeux vidéo ou à l'ordinateur ?

Les jours d'école (lundi, mardi, jeudi, vendredi) _____ ➔ ☐ < 1 heure/jour ☐ 1 ou 2 heures/jour ☐ > ou = 3 heures / jour

Les jours avec peu d'école (mercredi ou samedi) _____ ➔ ☐ < 1 heure/jour ☐ 1 ou 2 heures/jour ☐ > ou = 3 heures / jour

Les jours sans école (mercredi ou samedi, dimanche) _____ ➔ ☐ < 1 heure/jour ☐ 1 ou 2 heures/jour ☐ > ou = 3 heures / jour

● HEURE DU COUCHER HIER SOIR

heures

minutes

(ne pas tenir compte de l'heure d'endormissement)

HEURE DU LEVER CE MATIN

heures

minutes

(ne pas tenir compte de l'heure du réveil)

● HABITUDES ALIMENTAIRES

- Combien de fois par semaine

votre enfant prend-il un petit déjeuner ? _____ ➔

☐ Tous les jours

☐ 4, 5, 6 fois/semaine

☐ 1, 2, 3 fois/semaine

(une seule réponse)

- Combien de fois par semaine votre enfant consomme-t-il habituellement

(une seule réponse par ligne)

	Tous les jours	4, 5, 6 fois	1, 2, 3 fois
Boissons sucrées (sodas, jus de fruits, sirops, à l'exception des purs jus et des jus sans sucre ajouté)	☐	☐	☐
Légumes crus et cuits (sauf pommes de terre et autres féculents)	☐	☐	☐
Fruits (y compris purs jus et jus sans sucre ajouté)	☐	☐	☐
Produits laitiers (lait, yaourts, fromage)	☐	☐	☐

VIII - ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE

● VOTRE ENFANT A-T-IL EU UN ACCIDENT OU S'EST-IL BLESSÉ ?

depuis la fin de la dernière année scolaire (depuis le 1er juillet 2005) ? → non ☐ oui ☐ combien d'accidents ?

● SI OUI, et pour l'accident « le plus grave » :

- Était-ce un accident de la circulation ? → non ☐
oui ☐ préciser la situation de l'enfant accidenté (voiture, scooter, vélo, piéton, autre)

- Qu'est-ce qu'il a eu ?
(orienter la réponse pour obtenir une information sur la lésion et la partie lésée)

- Où cet accident s'est-il passé ? (lieu : plusieurs réponses possibles)

Cadre scolaire →	non ☐	oui ☐	Voie publique (rue, trottoir, parking) →	non ☐	oui ☐
Terrain de sport ou installation sportive →	non ☐	oui ☐	Domicile →	non ☐	oui ☐
Lieu de loisir →	non ☐	oui ☐	Autre →	non ☐	oui ☐

- Quand cet accident est-il survenu ?

Pendant les grandes vacances scolaires (du 1/7 à la rentrée) →	non ☐	oui ☐	Pendant la période scolaire →	non ☐	oui ☐
Pendant d'autres vacances scolaires →	non ☐	oui ☐	Préciser le mois de survenue →		

- Qu'est-ce qu'il faisait ? (activité)

Sport →	non ☐	oui ☐	Jeux, autres activités de loisir →	non ☐	oui ☐
Si oui :			Déplacement →	non ☐	oui ☐
Sport organisé →	non ☐	oui ☐	Autres activités, préciser		
Quel sport ?					

- Comment est-ce arrivé (chute, choc, brûlure, coupure, etc.) ? (mécanisme, voir liste)

.....

- Conséquences :

Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident, a-t-il été limité dans ses activités ? → non ☐ oui limité ☐ oui sévèrement limité ☐

Cet accident a-t-il nécessité un passage aux urgences à l'hôpital ? → non ☐ oui ☐

A-t-il été hospitalisé ? → non ☐ oui ☐ durée jours

IX - PATHOLOGIES CHRONIQUES

● ALLERGIES ALIMENTAIRES

1. Votre enfant est-il allergique à un aliment particulier ? (arachide, oeuf ...) → ☐ NON ☐ OUI

2. Si oui, votre enfant bénéficie-t-il d'un accueil individualisé pour cette allergie ? → ☐ OUI, il est en place
☐ NON, mais il est envisagé
☐ NON

● PROBLÈMES RESPIRATOIRES

1. Votre enfant a-t-il déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque de sa vie ? → ☐ NON ☐ OUI
Si la réponse est « non », passer directement à la question 6.

2. Votre enfant a-t-il eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque durant les 12 derniers mois ? → ☐ NON ☐ OUI
Si la réponse est « non », passer directement à la question 6.

3. Combien votre enfant a-t-il eu de crise(s) de sifflements durant les 12 derniers mois ? → ☐ aucune ☐ 4 à 12 fois
☐ 1 à 3 fois ☐ plus de 12 fois

4. Durant les 12 derniers mois, combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements l'ont-elles réveillé(e) ? → ☐ jamais réveillé(e) avec des sifflements
☐ moins d'une nuit par semaine
☐ une ou plusieurs fois par semaine

5. Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé qu'une crise de sifflements ait été suffisamment grave pour l'empêcher de dire plus de 1 ou 2 mots à la suite ? → ☐ NON ☐ OUI

6. Votre enfant a-t-il déjà eu des crises d'asthme ? → ☐ NON ☐ OUI

7. Durant les 12 derniers mois, a-t-il entendu des sifflements dans sa poitrine pendant ou après un effort ? → ☐ NON ☐ OUI

8. Durant les 12 derniers mois, a-t-il eu une toux sèche la nuit, alors qu'il n'avait ni rhume, ni infection respiratoire ? → ☐ NON ☐ OUI

Si il a été répondu « oui » à la question 2 ou à la question 6, poser les questions qui suivent :

9. Au cours des 12 derniers mois, votre enfant a-t-il pris des médicaments contre ces crises de sifflements ou d'asthme ? (cf liste) → ☐ NON ☐ OUI

10. Durant les 12 derniers mois, combien de fois votre enfant a-t-il vu un médecin ou est-il allé aux Urgences à l'occasion de crises de sifflements ou d'asthme ? → fois

11. Durant les 12 derniers mois, votre enfant a-t-il été hospitalisé en raison d'une crise de sifflements ou d'asthme ? → ☐ NON
☐ OUI nombre de fois

X - LANGAGE

● **TEST DU LANGAGE EFFECTUÉ** _____ → OUI ☐ NON ☐

Si oui, test utilisé :

- ☐ BSEDS
☐ BREV
☐ ERTLA6
☐ AUTRE, précisez :

● **ÉLOCUTION NORMALE** _____ → OUI ☐ NON ☐

● **BILAN DE L'EXAMEN DU LANGAGE** À renseigner quel que soit le test utilisé

Bilan satisfaisant : OUI ☐ NON ☐

Si non,

- ☐ Enfant ayant déjà eu un bilan orthophonique
☐ Enfant déjà pris en charge en orthophonie
☐ Enfant adressé à un orthophoniste à l'issue de l'examen de ce jour
☐ Enfant adressé à un centre référent pour troubles du langage
☐ Enfant à revoir (bilan incomplet ...)

XI - STATUT VACCINAL (À renseigner EXCLUSIVEMENT à l'aide du carnet de santé. En cas d'hésitation, reportez vous au guide de remplissage.)

1. BCG et tests tuberculiniques

- **Premier BCG** _____ →

Date					
J	J	M	M	A	A

☐ ID ☐ Bague (Monovax®)
- **Premier test tuberculinique** _____ →

--	--	--	--	--	--

☐ IDR ☐ Bague **Résultat du 1^{er} test :** ☐ + ☐ - ☐ Douteux ☐ Non lu
- **Nombre de BCG administrés au total** (y c. le 1^{er} et le dernier) _____ Nombre de tests tuberculiniques réalisés au total (y c. le 1^{er} et le dernier) _____

Pour les questions 2 à 5, nous vous prions de bien vouloir préciser clairement le nom du vaccin utilisé et la date de l'injection.

2. Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et Haemophilus influenzae b

- Nom du vaccin _____ Date _____
- 1. _____

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---
- 2. _____

--	--	--	--	--	--
- 3. _____

--	--	--	--	--	--
- 4. _____

--	--	--	--	--	--
- 5. _____

--	--	--	--	--	--
- 6. _____

--	--	--	--	--	--

En cas de doute, noms des vaccins disponibles :

- trivalents = DTPolio®, DTP Pasteur®, Revaxis®, DTCoq®.
- tétravalents = Tétracoq®, DTCP Pasteur®, Infanrix Polio®, Infanrix Tétra®, Tétravac®, Repevax®.
- pentavalents = Infanrix Polio Hib®, Infanrixquinta®, Pentavac®, Pentacoq®, Pent-Hibest®.
- hexavalents = Hexavac®, Infanrixhexa®.
- Haemophilus influenzae b monovalent = ActHib®, Hibest®.

3. Hépatite B

- Nom du vaccin _____ Date _____
- 1. _____

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---
- 2. _____

--	--	--	--	--	--
- 3. _____

--	--	--	--	--	--
- 4. _____

--	--	--	--	--	--

Les vaccins contenant une valence hépatite B sont les suivants :

Genhevac B®, Engerix B®, HBVaxDNA®, HBVaxPRO®, Hexavac®, Infanrixhexa®, Twinrix®

4. Rougeole, oreillons, rubéole

- Nom du vaccin _____ Date _____
- **Rougeole (Rouvax®)** _____

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---
- **ROR 1** _____

--	--	--	--	--	--
- **ROR 2** _____

--	--	--	--	--	--
- **Rubéole (Rudivax®)** _____

--	--	--	--	--	--

Les vaccins Rougeole/ Oreillons/ Rubéole sont les suivants : ROR®, RORvax®, Priorix®

5. Autres vaccins

(contre varicelle, infections à pneumocoques ou à méningocoques, grippe, hépatite A, typhoïde, fièvre jaune etc.)

- Nom du vaccin _____ Date _____
- 1. _____

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---
- 2. _____

--	--	--	--	--	--
- 3. _____

--	--	--	--	--	--
- 4. _____

--	--	--	--	--	--
- 5. _____

--	--	--	--	--	--

Les vaccins disponibles sont :

- Varivax®, Varilrix®
- Meningitec®, Meninvact®, Meninjugate®, Neisvac®
- Pneumo33®, Prevenar®
- Avaxim®, Havrix®, Twinrix®
- Typherix®, Typhim VI®, Tyavax®, Aggripal®, Fluarix®, Fluvirine®, Immugrip®, Influvac®, Mutagrip®, Previgrip®, Vaxigrip®
- Stamaril®

Commentaires :

Merci de vérifier la cohérence des dates de naissance, d'exams et de vaccination.