

## Examen de santé initial des enfants demandeurs d'asile en âge préscolaire [Français]

Alle kouluikäisten turvapaikkaa hakevien lasten alkuterveystarkastus [Ranska]

DONNÉES PRÉLIMINAIRES (ANAMNÈSE)				
Données de fond	<b>NOM DE FAMILLET ET PRÉNOM :</b>	<b>DATE DE NAISSANCE :</b>	<b>NUMÉRO UMAREK :</b>	<b>PAYS DE NAISSANCE :</b> Dans quel pays l'enfant est-il né ? <i>Inscrivez le pays de naissance / Aucune donnée</i>
	<b>FAMILLE :</b> L'enfant fait partie de quelle famille et avec qui vit-il ? Y a-t-il eu des changements dans la composition de la famille de l'enfant ?		<b>FACTEURS QUI STRESSENT LA FAMILLE :</b> Y a-t-il dans votre famille à l'heure actuelle des choses stressantes comme des pertes, des difficultés ou des échecs ?	
	<b>PAYS DE SÉJOUR :</b> Dans quels pays l'enfant a-t-il habité avant d'arriver en Finlande ? <i>Inscrivez les pays de résidence / Pas d'autres pays de résidence / Aucune donnée</i>		<b>CONDITIONS :</b> Est-ce que l'enfant a vécu dans la rue, dans des camps de réfugiés, au centre d'accueil ou bien a-t-il été placé en rétention ou en prison ? <i>Non / Dans la rue / Dans un camp de réfugiés / Au centre d'accueil / Dans une unité de rétention / En prison / Aucune donnée</i>	

Croissance et développement	<b>NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE À LA NAISSANCE :</b> À quelle semaine de grossesse l'enfant est-il né ?	<b>ÉVALUATION DU NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE À LA NAISSANCE :</b> Est-ce que l'enfant est né à terme (37+0 semaines de grossesse ou plus) ou bien prématurément (36+6 semaines de grossesse ou moins) ? <i>Né à terme (37+0 semaines de grossesse ou plus) / Prématuré (36+6 semaines de grossesse ou moins) / Aucune donnée</i>		
	<b>POIDS DE NAISSANCE :</b> Combien pesait l'enfant pesait à sa naissance ? <i>En kilogrammes, à 10 grammes près</i>	<b>ÉVALUATION DU POIDS À LA NAISSANCE :</b> À sa naissance, l'enfant était-il de poids normal, de petit poids (<2kg) ou de gros poids (>4kg) ? <i>P poids normal / Petit poids (&lt;2kg) / Gros poids (&gt;4kg) / Aucunedonnée</i>		
	<b>TAILLE À LA NAISSANCE :</b> Quelle était la taille de l'enfant à sa naissance ?	<b>ÉVALUATION DE LA TAILLE DE NAISSANCE :</b> À sa naissance, l'enfant était-il de taille normale, de petite taille (<47cm) ou de grande taille (>55cm) ? <i>Taille normale / Petite taille (&lt;47cm) / Grande taille (&gt;55cm) / Aucune donnée</i>		
	<b>DÉROULEMENT NORMAL DE LA GROSSESSE DE LA MÈRE :</b> Y a-t-il eu pendant la grossesse des difficultés ou des anomalies ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>MANIÈRE D'ACCOUCHER :</b> L'enfant est-il né par voie naturelle ou par césarienne ?		
	<b>PROBLÈMES DE SANTÉ APRÈS LA NAISSANCE :</b> A-t-on constaté des problèmes de santé chez l'enfant pendant le premier mois suivant sa naissance ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>ANORMALITÉS DE DÉVELOPPEMENT :</b> Est-ce que l'enfant a grandi et s'est développé de la même manière que les autres enfants de son âge ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>		

Maladies	<b>ÉTAT DE SANTÉ RESENTI :</b> Quel est votre sentiment par rapport à la santé de l'enfant à l'heure actuelle ? <i>Très bon / Bon / Satisfaisant / Mauvais / Très mauvais</i>	<b>MALADIES :</b> Est-ce que l'enfant a une maladie de longue durée ou des problèmes de santé ? Les maladies peuvent être, par exemple, des allergies ou des éruptions cutanées. <i>Inscrire les maladies / Non / Aucune donnée</i>		
	<b>ANAMNÈSE DE TUBERCULOSE :</b> Est-ce que l'enfant ou un des membres de la famille de l'enfant été atteint de la tuberculose ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>PÉRIODES D'HOSPITALISATION ET OPÉRATIONS CHIRURGICALES :</b> L'enfant a-t-il subi des traitements ou examens importants, des périodes d'hospitalisation ou des opérations chirurgicales ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>		

<b>Médication</b>	<b>MÉDICATION ACTUELLE</b> : Quels médicaments est-ce que l'enfant prend à l'heure actuelle ? Y a-t-il certains médicaments prescrits à l'enfant qu'il ne prend pas à l'heure actuelle ?
-------------------	--

<b>État de santé actuel</b>	<b>SYMPTÔMES</b> : Est-ce que l'enfant a eu au courant de ce dernier mois des symptômes ou soucis de santé ? Ces symptômes peuvent être, par exemple, le manque d'appétit, les troubles gastro-intestinaux et urinaires <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	
	<b>FIÈVRE</b> : Est-ce que l'enfant a eu au courant de ce dernier mois une fièvre qui a duré plus de trois semaines ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>CRACHATS</b> : Est-ce que l'enfant a eu au courant de ce dernier mois eu de la toux à l'occasion de laquelle il a craché des glaires ou du sang ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>
	<b>CAPACITÉ</b> : Est-ce qu'un problème de santé limite l'enfant dans ses activités quotidiennes ? <i>Ne limite pas / Limite, mais pas gravement / Limite gravement.</i>	
	<b>VUE</b> : Est-ce que l'enfant a des problèmes de vue qui le gênent dans ses activités quotidiennes ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>OUÏE</b> : Est-ce que l'enfant a des problèmes d'ouïe qui le gênent dans ses activités quotidiennes ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>

<b>État de santé psychique</b>	<b>EXPÉRIENCES TRAUMATISANTES</b> : Il peut arriver des choses qui sont extrêmement choquantes pour les personnes, et qui peuvent avoir des répercussions à long terme sur le développement, la santé et le bien-être de l'enfant. Je vais à présent te questionner sur quelques expériences de ce type. Est-ce que l'enfant a expérimenté des événements ou un fait difficile au niveau moral et physique ? Ce type d'événements sont par exemple, les accidents, la présence dans des situations de violence et de conflit et être séparé de son tuteur. <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>
	<b>HANDICAPS</b> : As-tu un handicap résultant de violences eu d'un accident ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>
	<b>VIE AFFECTIVE</b> : Est-ce que l'enfant a des troubles liés à la vie affective ? Les problèmes liés à la vie affective sont, par exemple, l'irritabilité, le manque de joie, l'inquiétude, le retrait, la peur et les pensées qu'il vaudrait mieux être mort. Les alternatives de réponse sont : <i>Pas du tout / Moins d'une fois par an / Chaque année / Chaque mois ou chaque semaine / Chaque jour / Aucune donnée</i>
	<b>TROUBLES DU COMPORTEMENT</b> : Est-ce que l'enfant a des troubles du comportement ? Selon quelle fréquence ? Les troubles du comportement sont par exemple, un comportement agressif ou indifférent et une insoumission anormale par rapport au développement normal. Les alternatives de réponse sont : <i>Pas du tout / Moins d'une fois par an / Chaque année / Chaque mois ou chaque semaine / Chaque jour / Aucune donnée</i>
	<b>SURACTIVITÉ</b> : Est-ce que l'enfant a des problèmes de suractivité et de manque d'attention ? Selon quelle fréquence ? Les problèmes de suractivité et de manque d'attention sont, par exemple, l'incapacité de se concentrer, l'hyperexcitabilité, et l'impulsivité. Les alternatives de réponse sont : <i>Pas du tout / Moins d'une fois par an / Chaque année / Chaque mois ou chaque semaine / Chaque jour / Aucune donnée</i>

<b>Habitudes sanitaires</b>	<b>ALLAITEMENT DE L'ENFANT</b> Allaitiez-vous l'enfant à l'heure actuelle ? <i>Allaitement complet / Allaitement partiel Pas d'allaitement / Aucune donnée</i>	<b>PÉRIODE À LAQUELLE L'ENFANT A COMMENCÉ À MANGER DE LA NOURRITURE</b> : Quand est-ce que l'enfant a commencé à manger de la nourriture ? <i>Inscrire la date</i>	<b>ALIMENTATION</b> : Est-ce que votre enfant évite certaines matières premières dans son alimentation ? <i>Sans lactose ou faible en lactose / Sans gluten / Alimentation végétarienne, avec produits laitiers et/ou des œufs / Alimentation végétarienne avec poisson / Végan / Allergie aux céréales / Allergie au lait / Autre allergie alimentaire / Autre régime alimentaire spécial</i>
	<b>PROBLÈMES DE SOMMEIL</b> : Est-ce que l'enfant a eu au courant de ce dernier mois des problèmes de sommeil comme des difficultés à s'endormir ou bien s'est-il réveillé plusieurs fois pendant la nuit ? <i>Difficulté à s'endormir / Difficulté à rester endormi / Réveil trop tôt le matin / Rythme journalier perturbé / Fatigue pendant la journée / Autre trouble du sommeil</i>	<b>BROSSAGE DES DENTS</b> : Selon quelle fréquence brosse-t-on les dents de l'enfant ? <i>Deux fois par jour ou plus souvent / Une fois par jour / Moins d'une fois par jour</i>	

<b>EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC</b> : Est-ce que l'on fume à proximité de l'enfant ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>
--

<b>SELI</b>	<b>CIRCONCISION</b> : Dans certains pays, on pratique la circoncision féminine/masculine qui peut avoir un impact sur la santé. Est-ce que l'enfant a subi une circoncision ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>CIRCONCISION DU PARENT (QUESTION AU PARENT)</b> : Est-ce que la mère/le père de l'enfant a subi une circoncision ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>INTENTIONS DE CIRCONCISION (QUESTION AU PARENT)</b> : Avez-vous l'intention de faire une circoncision à votre enfant ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>
-------------	---	---	---

<b>DONNÉES LIÉES AUX RISQUES (par ex. allergies aux médicaments)</b>

<b>ÉTAT ACTUEL (STATUT)</b>			
<b>PEAU</b> : Y a-t-il des choses anormales à noter dans l'examen de la peau ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>CICATRICE DU BCG</b> Est-ce que l'enfant a une cicatrice de BCG ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	<b>EXAMEN BUCCAL</b> :Y a-t-il des choses anormales à noter dans l'examen de la bouche ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	Autres remarques sur l'état actuel

<b>DIMENSIONS PHYSIOLOGIQUES</b>		
<b>POIDS, kg:</b>	<b>TAILLE, cm:</b>	<b>TEMPÉRATURE CORPORELLE :</b>

<b>VACCINS</b>
<b>VACCINS PRÉCÉDENTS</b> : Quels vaccins est-ce que l'enfant a eu avant d'arriver en Finlande ? <i>Aucun vaccin / Quelques vaccins / Tous les vaccins du pays de départ</i>
<b>DONNÉES CONCERNANT LES VACCINS :</b>

<b>PLAN</b>	
<b>PLAN :</b>	
<b>TRAITEMENT ULTÉRIEUR ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :</b> <i>Radio des poumons / Tests sanguins de dépistage / Examen de santé initial du Médecin / Soignant du centre d'accueil / Médecin / Dentiste / Centre Neuvola / Soins de santé de l'école ou de l'établissement d'études / Travailleur social / Autre ordonnance ou rendez-vous</i>	
<b>ENCADREMENT :</b> <i>Services de santé / Médicaments d'autotraitement / Santé mentale / santé SELI / Alimentation / Santé buccale / Autre encadrement</i>	
<b>CONSENTEMENT DE TRANSMISSION DES DONNÉES :</b> <i>Consentement fourni / Consentement limité / Aucun consentement</i>	<b>ACCORD DE PROCURATION DES DOCUMENTS PAR D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS :</b> <i>Consentement fourni / Consentement limité / Aucun consentement</i>
<b>SIGNATURE :</b>	