

Examen de santé initial des enfants et des jeunes demandeurs d'asile en âge de scolarité [FRANÇAISX]

Kouluikäisten turvapaikkaa hakevien lasten ja nuorten alkuterveystarkastus [Ranska]

DONNÉES PRÉLIMINAIRES (ANAMNÈSE)	
Données de fond	<p>NOM DE FAMILLET ET PRÉNOM :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>NUMÉRO UMAREK :</p> <p>PAYS DE NAISSANCE : Dans quel pays es-tu né.e ? <i>Inscrire le pays de naissance / Aucune donnée</i></p>
	<p>FAMILLE : Qui fait partie de ta famille et avec qui habites-tu ? Y a -t-il eu des changements dans la composition de ta famille ?</p> <p>FACTEURS QUI STRESSENT LA FAMILLE : Y a-t-il dans ta famille à l'heure actuelle des choses stressantes comme des pertes, des difficultés ou des échecs ?</p>
	<p>ALPHABÉTISATION : Quel est ton niveau de lecture ? <i>Je suis capable de lire toutes sortes de textes / Je suis capable de lire un texte simple / Je suis capable de lire des noms, des mots et phrases très simples / Je ne sais pas lire du tout</i></p> <p>ANNÉES DE SCOLARITÉ : Depuis combien d'années vas-tu à l'école ?</p>
	<p>PAYS DE SÉJOUR : Dans quels pays as-tu habité avant d'arriver en Finlande ? <i>Inscrire les pays de résidence / Pas d'autres pays de résidence / Aucune donnée</i></p> <p>CONDITIONS : As-tu vécu dans la rue, dans des camps de réfugiés, au centre d'accueil ou bien as-tu été placé.e 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></p>
Dévelop	<p>Est-ce que tu as grandi et t'es développé de la même manière que les autres enfants de ton âge ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i></p>
Maladies	<p>ÉTAT DE SANTÉ RESENTI : Quel est ton sentiment par rapport à ta santé à l'heure actuelle ? <i>Les alternatives de réponse sont : Très bon / Bon / Satisfaisant / Mauvais / Très mauvais</i></p> <p>MALADIES : As-tu une maladie de longue durée ou des problèmes de santé ? Les maladies peuvent être, par exemple, la tension artérielle, la dépression, une maladie cardiaque ou une allergie. <i>Inscrire les maladies / Non / Aucune donnée</i></p>
	<p>ANAMNÈSE DE TUBERCULOSE : As-tu, toi, un membre de votre famille ou un proche attrapé la tuberculose auparavant ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i></p> <p>PÉRIODES D'HOSPITALISATION ET OPÉRATIONS CHIRURGICALES : As-tu passé/subi de vastes examens ou traitements, périodes d'hospitalisation et opérations chirurgicales ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i></p>
Médication	<p>MÉDICATION ACTUELLE : Quels médicaments prends-tu à l'heure actuelle ? Y a-t-il certains médicaments qui t'ont été prescrits que tu ne prends pas à l'heure actuelle ?</p>
État de santé actuel	<p>SYMPTÔMES : As-tu eu au courant de ce dernier mois des symptômes ou des douleurs/soucis de santé ? Les symptômes peuvent être, par exemple, des maux de dents, de tête et du dos, des troubles de l'estomac, des problèmes de peau ou une perte de poids non voulue <i>Oui / Non / Aucune donnée</i></p>
	<p>FIÈVRE : As-tu eu au courant de ce dernier mois une fièvre qui a duré plus de trois semaines ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i></p> <p>CRACHATS : As-tu eu au courant de ce dernier mois eu de la toux à l'occasion de laquelle tu as craché des glaires ou du sang ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i></p>
	<p>CAPACITÉ : Est-ce qu'un problème de santé vous limite / dans vos activités quotidiennes ? Les alternatives de réponse sont : <i>Ne limite pas / Limite, mais pas gravement / Limite gravement.</i></p>

VUE: As-tu des problèmes de vue qui te gênent dans tes activités quotidiennes ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	OUIË : As-tu des problèmes d'ouïe qui te gênent dans tes activités quotidiennes ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

État de santé psychique	EXPÉRIENCES TRAUMATISANTES : 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 ou le jeune 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>
	HANDICAPS : As-tu un handicap résultant de violences ou d'un accident ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>
	VIE AFFECTIVE : Est-ce que tu as/l'enfant a des problèmes 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>
	TROUBLES DU COMPORTEMENT : Est-ce que tu as/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>
	SURACTIVITÉ : Est-ce que tu as/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>

Habitudes sanitaires	PRODUITS DE TABAC : Fumes-tu ou utilises-tu d'autres produits à base de nicotine, comme la cigarette électronique ou la chicha (pipe à eau), ou bien as-tu fumé auparavant et arrêté ? <i>Tabac / Tabac à chiquer (snus) / Cigarette électronique / Autre</i>	UTILISATION DU PRODUIT DE TABAC : Selon quelle fréquence ? <i>Chaque jour / À l'occasion / Jamais / A arrêté</i>
	CONSOMMATION D'ALCOOL DU JEUNE : Consommes-tu de l'alcool ? Selon quelle fréquence ? Les alternatives de réponse sont : <i>Chaque jour / 3-6 fois par semaine / 1-2 fois par semaine / 1-3 fois par mois / 7-11 fois par an / 4-6 fois par an / 1-3 fois par an / Moins d'une fois par an / Pas du tout</i>	
	CONSOMMATION D'AUTRES STUPÉFIANTS : As-tu consommé d'autres stupéfiants comme le cannabis, le khat ou d'autres drogues ou médicaments dans le but de t'enivrer ? <i>Non / Opioïdes / Stimulants / Somnifères ou calmants / Hallucinogènes / Solvants / Gamma ou vernis / Cannabis / Autres / Aucune donnée</i>	
	RÉGIME ALIMENTAIRE : Est-ce que vous évitez certaines matières premières dans votre 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>	
	PROBLÈMES DE SOMMEIL : As-tu eu au cours de ce dernier mois des problèmes de sommeil comme des difficultés à s'endormir ou bien t'es-tu réveillé.e 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>	BROSSAGE DES DENTS : Selon quelle fréquence te brosses-tu les dents ? Les alternatives de réponse sont : <i>Deux fois par jour ou plus souvent / Une fois par jour / Moins d'une fois par jour</i>

Santé sexuelle et reproductive	COMMENCEMENT DES RÈGLES Est-ce que tes règles ont commencé ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>		PROBLÈMES LIÉS À LA MENSTRUATION : As-tu des problèmes liés aux règles ? <i>Aucun/ Douleurs observées pendant les règles / Règles abondantes / Règles irrégulières / Autres maux, lesquels ?</i>	
	GROSSESSE ÉVENTUELLE : ES-tu enceinte ? <i>Oui/Non/Aucune idée</i>	DERNIÈRES RÈGLES : Quand as-tu eu tes dernières règles ?	NOMBRE DE GROSSESSES : As-tu déjà été enceinte auparavant ? Si oui, combien de fois ?	NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS : As-tu accouché ? Si oui, combien de fois ?
	Je vais ensuite vous poser des questions sur tes partenaires sexuels. Nous pourrions ainsi discuter pour savoir si tu as besoin d'informations, d'exams ou de traitement à ce sujet. Il est important que tu répondes aux questions selon ta propre situation sans penser à ce qui est généralement acceptable au sein de ta communauté. En Finlande, il est interdit de discriminer en se basant sur la sexualité ou le comportement sexuel.			
	RAPPORTS SEXUELS : As-tu déjà eu des rapports sexuels ?		SEXE : As-tu eu des rapports sexuels pendant cette dernière année ? <i>Pas du tout de rapports sexuels / Rapports sexuels avec personne d'un autre sexe / Rapport sexuel avec personne de même sexe / Ne veut pas dire</i>	
	NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS : Avec combien de personnes as-tu eu des rapports sexuels pendant cette dernière année ? <i>Seulement une / 1-10 / plus de 10 / Ne veut pas dire</i>		CONTRACEPTION : As-tu eu besoin d'un moyen de contraception pour ne pas tomber enceinte ou pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles ? <i>Aucun besoin, et je n'en utilise pas / J'en ai besoin mais je n'en utilise pas / Utilise un moyen de contraception / Ne veut pas dire</i>	
	CIRCONCISION : Dans certains pays, on pratique la circoncision féminine/masculine qui peut avoir un impact sur la santé. As-tu subi une circoncision ? <i>Oui/Non/Aucune idée</i>	CIRCONCISION DU PARENT (QUESTION AU PARENT) : Est-ce que la mère/le père de l'enfant ou du jeune a subi une circoncision ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	INTENTIONS DE CIRCONCISION (QUESTION AU PARENT) : Avez-vous l'intention de faire une circoncision à votre enfant ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	
	AUTRES DONNÉES PRÉLIMINAIRES			

DONNÉES LIÉES AUX RISQUES (par ex. allergies aux médicaments)

ÉTAT ACTUEL (STATUT)		
PEAU : Y a-t-il des choses anormales à noter dans l'examen de la peau ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	EXAMEN BUCCAL : Y a-t-il des choses anormales à noter dans l'examen de la bouche ? <i>Oui / Non / Aucune donnée</i>	AUTRES REMARQUES CONCERNANT L'ÉTAT ACTUEL

DIMENSIONS PHYSIOLOGIQUES		
TENSION ARTÉRIELLE ET POULS :		TEMPÉRATURE CORPORELLE :
POIDS, kg : Ton poids a-t-il changé ?	TAILLE, cm :	BMI :

VACCINS	
VACCINS PRÉCÉDENTS : Quels vaccins avez-vous/votre enfant a eu avant d'arriver en Finlande ? <i>Aucun vaccin / Quelques vaccins / Tous les vaccins du pays de départ</i>	
DONNÉES CONCERNANT LES VACCINS :	
PLAN	
PLAN :	
TRAITEMENT ULTÉRIEUR ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES : <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>	
ENCADREMENT : <i>Services de santé / Médicaments d'autotraitement / Santé mentale / santé SELI / Alimentation / Santé buccale / Autre encadrement</i>	
CONSENTEMENT DE TRANSMISSION DES DONNÉES : <i>Consentement fourni / Consentement limité / Aucun consentement</i>	ACCORD DE PROCURATION DES DOCUMENTS PAR D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS : <i>Consentement fourni / Consentement limité / Aucun consentement</i>
SIGNATURE :	