

Fiche sanitaire de liaison

Adhérent à l'un pôle de l'ASL

Date d'entrée : / /



ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant la prise en charge de l'enfant.

Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

VACCINATIONS

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUENE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

L'ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES? Entourer la réponse

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

ALLERGIES : Entourer la réponse

ASTHME	OUI	NON	MEDICAMENTEUSES	OUI	NON
ALIMENTAIRES	OUI	NON	AUTRES.....		

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRES :

LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES COMPULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE

.....
.....

