

Certificat de santé universel

Le présent formulaire vous permet de fournir à l'école ou à la garderie des informations sur la santé physique de votre enfant. Il s'agit d'une exigence du Code officiel du DC §38-602. Demandez à un professionnel de la santé agréé de remplir les parties 2 à 4. Accédez aux programmes d'assurance maladie sur : <https://dchealthlink.com>. Vous pouvez contacter le personnel du service de santé par l'intermédiaire du bureau principal de l'école de votre enfant.

Partie 1 : Renseignements sur l'enfant À remplir par le parent/tuteur.					
Nom de famille de l'enfant :		Prénom de l'enfant :		Date de naissance :	
Nom de l'établissement scolaire ou de la garderie :			Niveau scolaire de l'élève :		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire
Adresse du domicile :		Appart. :	Ville :	État :	Code postal :
Ethnicité : (cochez toutes les cases applicables) <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Non hispanique/non latino <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre					
Race : (cochez toutes les cases applicables) <input type="checkbox"/> Indien d'Amérique/Autochtone de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Natif d'Hawaï et des îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Noir/Africain américain <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre					
Nom du parent/tuteur :			Numéro de téléphone du parent/tuteur :		
Nom du contact en cas d'urgence :			Numéro de téléphone du contact en cas d'urgence :		
Type d'assurance : <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Aucun			Nom de l'assurance/numéro d'identification :		
L'enfant a-t-il consulté un dentiste ou un fournisseur de soins dentaires au cours de la dernière année ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Par la présente, j'autorise le médecin légiste/centre de santé à partager les renseignements médicaux figurant sur le présent formulaire avec l'école de mon enfant, la garderie ou l'organisme gouvernemental compétent du DC. Par ailleurs, je reconnais et accepte par la présente que le district, l'école, ses employés et ses agents sont exempts de toute responsabilité civile pour des actes ou des omissions, en vertu de la législation du DC à l'article § 17-107 (DC Law 17- 107), excepté pour les actes criminels, les fautes intentionnelles, la négligence grave ou l'inconduite délibérée. Je comprends que ce formulaire doit être rempli et renvoyé à l'école de mon enfant chaque année.					
Signature parent/tuteur : _____			Date : _____		
Partie 2 : Antécédents médicaux de l'enfant, examen et recommandations À remplir par un fournisseur de soins de santé agréé.					
Date de l'examen médical :	BP : _____ <input type="checkbox"/> NML <input type="checkbox"/> ABNL	Poids : <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/> KG	Taille : <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> CM	IMC :	Percentile d'IMC :
Niveau d'acuité visuelle lors du dépistage : Pour les enfants âgés de 3 à 6 ans, seule une note (réussite/échec) sera exigée. Pour les enfants âgés de 6 ans et plus, des niveaux d'acuité visuelle seront exigés pour cette section.					
Dépistage des troubles de la vue :		Œil gauche : 20/_____ Œil droit : 20/_____		<input type="checkbox"/> Corrigé <input type="checkbox"/> Porte des lunettes <input type="checkbox"/> Référé <input type="checkbox"/> Non testé	
L : <input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec		R : <input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec		<input type="checkbox"/> Non corrigé	
Dépistage des troubles de l'audition : (cochez toutes les cases applicables) <input type="checkbox"/> Réussite <input type="checkbox"/> Échec <input type="checkbox"/> Non testé <input type="checkbox"/> Utilise un appareil <input type="checkbox"/> Référé					

L'enfant souffre-t-il de l'un des problèmes de santé suivants ? (cochez toutes les cases applicables et donnez des détails ci-dessous)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Retard de croissance | <input type="checkbox"/> Drépanocytose |
| <input type="checkbox"/> Autisme | <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque | <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires/médicamenteuses/environnementales graves pouvant nécessiter des soins médicaux d'urgence. <i>Détails fournis ci-dessous.</i> |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> Médicaments à long terme, médicaments en vente libre (OTC) ou besoins de soins spéciaux. <i>Détails fournis ci-dessous.</i> |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Trouble du langage/ de la parole | <input type="checkbox"/> Antécédents médicaux graves, état de santé, maladie contagieuse ou restrictions. <i>Détails fournis ci-dessous.</i> |
| <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale | <input type="checkbox"/> Obésité | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Trouble du développement | <input type="checkbox"/> Scoliose | |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Convulsions | |

Fournir des détails. Si l'enfant est soumis à un traitement, veuillez joindre un formulaire de plan de médication/ plan de traitement médical ; et si l'enfant a été référé, veuillez le préciser.

Évaluation de la TB | Les personnes dont le test de dépistage de la tuberculose est positif doivent être adressées à un prestataire de soins primaires pour une évaluation. Pour toute question, appelez DC Health TB Control au 202-698-4040. Visitez le site : dchealth.dc.gov/page/tuberculosis-basics pour plus d'informations sur la tuberculose.

Quel est le niveau de risque de l'enfant en ce qui concerne la tuberculose ? <input type="checkbox"/> Élevé > <i>test cutané complet et/ou test sanguin IGRA</i> <input type="checkbox"/> Faible	Date du test cutané : Résultats du test cutané :	Date du test sanguin IGRA : Résultats de l'IGRA :
	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif, CXR négatif <input type="checkbox"/> Positif, CXR positif <input type="checkbox"/> Positif, traité	<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Positif, traité

Notes supplémentaires concernant le test de TB :

Dépistage des risques d'exposition au plomb | Tous les niveaux de plomb doivent être signalés à la Prévention de l'empoisonnement par le plomb chez les enfants du DC. Appelez le 202 ou envoyez un fax au 481-3837.

RÉSERVÉ ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS <i>Chaque enfant doit subir deux tests de plomb avant l'âge de 2 ans</i>	Date du 1^{er} test :	1^{er} résultat :	1^{er} sérum/doigt (Niveau de plomb) :
	Date du 2^e test :	2^e résultat :	2^e sérum/doigt (Niveau de plomb) :
	Date du 3^e test :	3^e résultat :	3^e sérum/doigt (Niveau de plomb) :

Partie 3 : Informations relatives à la vaccination | À remplir par un fournisseur de soins de santé agréé.

Nom de famille de l'enfant :	Prénom de l'enfant :				Date de naissance :		
Vaccinations	Indiquez dans les cases ci-dessous les dates de vaccination (JJ/MM/AA)						
Diphtérie, Tétanos, Coqueluche (DTP, DTaP)	1	2	3	4	5		
DT (<7 ans.)/ Td (>7 ans.)	1	2	3	4	5		
Rappel Tdap	1						
DTaP-IPV	1	2					
DTap-IPV-Hib	1	2	3				
DTap-HepB-IPV	1	2	3				
DTap-IPV-Hib-HepB	1	2	3				
Haemophilus influenza de type b (Hib)	1	2	3	4			
Hépatite B (HepB)	1	2	3	4			
Polio (IPV, OPV)	1	2	3	4			
Rougeole, Oreillons & Rubéole (ROR)	1	2					
Rougeole	1	2					
Oreillons	1	2					
Rubéole	1	2					
Varicelle	1	2	L'enfant a eu la varicelle (mois et année) : _____ Vérfifié par : _____ (nom et titre)				
Vaccin conjugué antipneumococcique	1	2	3	4			
Hépatite A (HepA) (Né le ou après le 01/01/2005)	1	2					
Papillomavirus Humain (HPV)	1	2	3				
Vaccin antiméningococcique (ACWY)	1	2					
Grippe (recommandé)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (recommandé)	1	2	3				
COVID-19/Coronavirus (Recommandé)	1	2	3	4	5	6	7
Autre	1	2	3	4	5	6	7

Cet enfant a pris du retard dans ses vaccinations et un programme a été mis sur pied pour rattraper ce retard.
Prochain rendez-vous prévu pour le : _____

Exemption pour des raisons médicales (le cas échéant)	
Je certifie qu'à cette date, l'enfant ci-dessus dispose d'une contre-indication médicale valide pour les vaccins contre :	
<input type="checkbox"/> Diphtérie <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HepB <input type="checkbox"/> Polio (les 3 sérotypes) <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> pneumocoque <input type="checkbox"/> HepA <input type="checkbox"/> Antimeningococcique (ACWY) <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> COVID-19	
Cette contre-indication médicale est-elle permanente ou temporaire ?	<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire jusqu'au : _____ (date)
Autre preuve d'immunité.(le cas échéant)	
Je certifie que l'enfant nommé ci-dessus dispose d'une preuve d'immunité établie en laboratoire contre les maladies ci-dessous et a joint une copie des résultats de titrage.	
<input type="checkbox"/> Diphtérie <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> HepB <input type="checkbox"/> Polio (les 3 sérotypes) <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> pneumocoque <input type="checkbox"/> HepA <input type="checkbox"/> VPH	
Partie 4 : Certifications des professionnels de santé agréés À remplir par un fournisseur de soins de santé agréé.	
Cet enfant a été examiné de manière appropriée et les antécédents médicaux ont été examinés et enregistrés conformément aux éléments spécifiés dans le présent formulaire. Au moment de l'examen, cet enfant jouit d'une assez bonne santé lui permettant de participer à toutes les activités de l'école, du camp ou de la garderie, à l'exception de celles indiquées à la page 1. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
Cet enfant est autorisé à participer à des sports de compétition.	<input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Oui, en attendant de recevoir une autorisation supplémentaire de : _____
Par la présente, j'atteste avoir examiné cet enfant et que les informations consignées dans le présent document ont été déterminées à la suite de cet examen.	
Tampon du Bureau des prestataires de soins de santé agréés	Nom du fournisseur : Numéro de téléphone du fournisseur : Signature du fournisseur : Date :

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION Certificat de santé universel reçu par le chef de l'établissement scolaire et le personnel des services de santé.	
Nom du chef de l'établissement scolaire :	
Signature :	Date :
Nom du personnel du service de santé :	
Signature :	Date :