

# Certificat de santé universel

Ce 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'école ou de la garderie :			Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non binaire in		
Adresse personnelle :		Appart. :	Ville :	État :	Code postal :
Origine ethnique : (cochez toutes les réponses 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"/> Autochtone d'Hawaï/Insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Noir/Afro-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"/> Privée <input type="checkbox"/> Aucune		Nom/numéro d'identification de l'assurance :			
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"/> L <input type="checkbox"/> KG	Taille : _____ <input type="checkbox"/> IN <input type="checkbox"/> CM	IMC : _____	IMC Percentile : _____
Dépistage des troubles de la vue : Œil gauche : 20/____ Œil droit : 20/____ <input type="checkbox"/> Corrigé <input type="checkbox"/> Non corrigé		<input type="checkbox"/> Porte des lunettes		<input type="checkbox"/> Référé	<input type="checkbox"/> Non testé
Dépistage de l'audition : (cochez toutes les réponses applicables) <input type="checkbox"/> Réus si <input type="checkbox"/> Éch ec <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. Détails fournis ci-dessous. |
| <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. Détails fournis ci-dessous.                         |
| <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. Détails fournis ci-dessous.                                 |
| <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** | Un TCT positif doit être envoyé à un médecin de soins primaires pour une évaluation. Pour toute question, appelez la ligne de contrôle de la TB au 202-698-4040.

<b>Quel est le niveau de risque de l'enfant en ce qui concerne la tuberculose ?</b> <input type="checkbox"/> Élevé <i>test cutané complet et/ou test Quantiferon</i> <input type="checkbox"/> Faible	<b>Date du test cutané :</b> Résultats du test cutané : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif, CXR négatif <input type="checkbox"/> Positif, CXR positif <input type="checkbox"/> Positif, traité	<b>Date du test Quantiferon :</b> Résultats du test Quantiferon : <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 202-654-6002 ou envoyez un fax au 202-535-2607.

<b>RÉSERVÉ ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS</b> <i>Chaque enfant doit subir deux tests de plomb avant l'âge de 2 ans</i>	<b>Date du 1<sup>er</sup> test :</b>	<b>1<sup>er</sup> résultat :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal, <b>Date du dépistage du développement :</b>	<b>1<sup>er</sup> sérum/doigt (Niveau de plomb) :</b>
	<b>Date du 2<sup>e</sup> test :</b>	<b>2<sup>e</sup> résultat :</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal, <b>Date du dépistage du développement :</b>	<b>2<sup>e</sup> sérum/doigt (Niveau de plomb) :</b>

**Date du test HGB/HCT :** \_\_\_\_\_ **Résultat du test HGB/HCT :** \_\_\_\_\_

**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						
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) : _____ Vérfifiée par : _____ (nom et titre)				
Vaccin conjugué antipneumococcique	1	2	3	4			
Hépatite A (HepA) (Né le ou après le 01/01/2005)	1	2					
Vaccin antiméningococcique	1	2					
Papillomavirus Humain (HPV)	1	2	3				
Grippe (recommandé)	1	2	3	4	5	6	7
Rotavirus (recommandé)	1	2	3				
Coronavirus (COVID)	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 :

Diphtérie     Tétanos     Coqueluche     Hib     HepB     Polio     Rougeole  
 Oreillons     Rubéole     Varicelle     pneumocoque     HepA     Méningococcie I     HPV  
 COVID-19/Coronavirus

Cette contre-indication médicale est-elle permanente ou temporaire ?  Permanent  Temporaire jusqu'au : \_\_\_\_\_ (date)

Raison de l'exemption médicale : \_\_\_\_\_

**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.

- Diphtérie  Tétanos  Coqueluche  Hib  HepB  Polio  Rougeole  
 Oreillons  Rubéole  Varicelle  pneumocoque  HepA  Méningococcie I  HPV

**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.  Non  Oui

Cet enfant est autorisé à participer à des sports de compétition.  N/A  Non  Oui  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

: