



## Recueil des données de base et identification des facteurs de risque d'un enfant nouvellement arrivé au Canada

Avisez le parent ou l'accompagnateur de l'enfant du déroulement de l'évaluation de la santé globale de l'enfant: le questionnaire pour évaluer ses facteurs de risque, l'examen physique et les examens de laboratoire au besoin.

\*Se référer au *Guide d'évaluation de la santé de l'enfant nouvellement arrivé au Canada*.

Dossier n°: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Accompagnateur de l'enfant: \_\_\_\_\_ Date d'arrivée au Canada: \_\_\_\_\_

### Parcours migratoire

#### Pré-migratoire

Pays de naissance: \_\_\_\_\_

Provenance de milieu urbain ou rural: \_\_\_\_\_

Accès à l'eau potable et installation sanitaire: \_\_\_\_\_

Scolarité des parents: \_\_\_\_\_

Occupation des parents: \_\_\_\_\_

Fréquentation service de garde éducatif/école: \_\_\_\_\_

Accès aux soins: \_\_\_\_\_

Activités à risque :  Baignade en eau douce  Marche pieds nus

Événements particuliers vécus (violence, traumas, deuil, séparation d'avec des membres de la famille, etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Raisons d'immigration: \_\_\_\_\_

#### Per-migratoire ou déplacement

Personne(s) avec qui l'enfant a voyagé: \_\_\_\_\_

Année/mois de départ, pays traversés (en précisant les séjours de plus de 3 mois dans les pays endémiques pour la TB), moyens de transport: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Difficultés rencontrées (camps de réfugiés, détention, violence, traumas, deuil, séparation familiale, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Accès à l'eau potable et installations sanitaires: \_\_\_\_\_

Accès aux soins: \_\_\_\_\_

## Post-migratoire

Type de famille:  Biparentale  Monoparentale (8) (9) (10)  Autre: \_\_\_\_\_

Type de garde: \_\_\_\_\_  Autres déterminants sociaux: \_\_\_\_\_

Occupation des parents: \_\_\_\_\_

Francisation, étude (parents): \_\_\_\_\_

Service de garde éducatif, école (enfant): \_\_\_\_\_

Logement: \_\_\_\_\_ Maison bâtie avant 1960: \_\_\_\_\_

Qui habite avec l'enfant?: \_\_\_\_\_

Adaptation, réseau de soutien, contact avec la famille au pays d'origine: \_\_\_\_\_

Déterminants sociaux de la santé (Questionnaire famille au besoin): \_\_\_\_\_

## Statut d'immigration

Demandeur d'asile. PFSI n° IUC: \_\_\_\_\_

Résident permanent

Immigrant économique  Parrainage familial  Réfugié accepté ou motif humanitaire

Autre: \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s): Par l'enfant: \_\_\_\_\_

    Par les parents: \_\_\_\_\_

Maîtrise d'aucune des 2 langues officielles, besoin d'interprète de langue:  Oui: langue \_\_\_\_\_

Non

## Antécédents familiaux

Âge des parents (8) (9) (10): Père \_\_\_\_\_ Mère \_\_\_\_\_

Pays de naissance des parents (si différent de l'enfant): \_\_\_\_\_

Cosanguinité:  Oui  Non

Santé des parents: \_\_\_\_\_

Fratrie: \_\_\_\_\_

Santé de la fratrie: \_\_\_\_\_

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Surdité durant l'enfance (16)                           | <input type="checkbox"/> Tuberculose (2)                            | <input type="checkbox"/> Exposition/intoxication au plomb (11)   |
| <input type="checkbox"/> Problème génétique ou métabolique (16)                  | <input type="checkbox"/> Porteur d'hépatite B (5)                   | <input type="checkbox"/> Asthme, eczéma et/ou autres signes d'allergie (14) _____                                |
| <input type="checkbox"/> Rétinoblastome (15)                                     | <input type="checkbox"/> Porteur d'hépatite C (7)                   | <input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale antérieur ou actuel? (8) (10): _____                           |
| <input type="checkbox"/> Cataractes congénitales (15)                            | <input type="checkbox"/> Dyslipidémie parentale (> 6,2 mmol/L) (13) | <input type="checkbox"/> Dépression parentale antérieure ou actuelle? /Dépression périnatale? (8) (9) (10) _____ |
| <input type="checkbox"/> Strabisme et/ou troubles visuels (âge préscolaire) (15) | <input type="checkbox"/> MCAS (< 55 ans ♂ et < 65 ans ♀) (13)       | <input type="checkbox"/> Dysplasie congénitale de la hanche chez la famille du premier degré (18) _____          |
| <input type="checkbox"/> Obésité parentale (17)                                  | <input type="checkbox"/> Retard de développement (9):               |  |

Habitudes de vie des parents (8) (9) (10)  Tabac  Alcool  Cannabis  Drogues illicites: \_\_\_\_\_

## Histoire prénatale

G\_\_\_\_ P\_\_\_\_ A\_\_\_\_  Diabète (9)  Toxémie  Hémorragie  Médicaments : \_\_\_\_\_

Suivi de grossesse :  Oui \_\_\_\_\_  Non

Sérologie maternelle disponible  Oui : résultat \_\_\_\_\_  Non

Anticonvulsivants (9) : \_\_\_\_\_  Vitamine D : \_\_\_\_\_  HTA

Alcool (quantité) (8) (9) : \_\_\_\_\_  Drogues (8) (9) : \_\_\_\_\_  Tabac : \_\_\_\_\_

Infection maternelle avec fièvre (9) : \_\_\_\_\_

Toxoplasmose (9) (15) (16)  Rubéole (9) (15) (16)  CMV (9) (15) (16)  Herpès (9) (15) (16)  Zika (15) (16)

Syphilis (9) (15) (16)  Hépatite B (5)  Hépatite C (7)  VIH (2) (3) (4) (6) (15) (16)  Autre

Anomalie fœtale à l'échographie : \_\_\_\_\_

Position de siège 3<sup>e</sup> trimestre (18) : \_\_\_\_\_

Autres complications : \_\_\_\_\_

## Accouchement

Terme  Nbre de sem. de grossesse (3) (9) (12) (15) (16) \_\_\_\_\_  Vaginal  Ventouse  Forceps

Césarienne (raison) : \_\_\_\_\_

Complications : \_\_\_\_\_

## Période néonatale

**Poids de naissance :** (3) (9) (12) (15) (16) \_\_\_\_\_ **Taille :** \_\_\_\_\_ **Périmètre crânien (9) :** \_\_\_\_\_

**Apgar:** (9) (15) \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Malformation crânio-faciale et/ou oreille externe (16)      | <input type="checkbox"/> Ventilation assistée > 5 jours (16)                    |
| <input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Photothérapie               | <input type="checkbox"/> Syndrome génétique comportant de la surdité (16)       |
| <input type="checkbox"/> Exsanguino (16)   | <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> prolongé (> 5 jours) (15)               |
| <input type="checkbox"/> Exsanguino-transfusion (dépistage en déficite du G6PD) (16) | <input type="checkbox"/> Hémorragie intraventriculaire (grade III-IV) (15) (16) |
| <input type="checkbox"/> Histoire d'instabilité de la hanche ? (18)                  |   |
| <input type="checkbox"/> Médicaments I.V. (aminoglycosides, diurétiques) (16)        |   |
| <input type="checkbox"/> Méningite bactérienne ou virale (16)                        |   |
| <input type="checkbox"/> Dépistage auditif? (16)                                     |   |

Autres, spécifier : \_\_\_\_\_

Dépistage néonatal :  Oui  Non  Je ne sais pas \_\_\_\_\_

## Antécédents personnels de l'enfant

---

---

---

Hospitalisations :

---

---

---

Chirurgies :

---

- Maladies pulmonaires ou cardiaques chroniques (3) (4)
- Maladies chroniques (diabète, cirrhose, néphropathie) (2) (3) (4)
- Écoulement chronique LCR (3)
- Implants cochléaires (3)
- Splénectomie ou anémie falciforme (3) (6)
- Immunosuppression, infection par le VIH (2) (3) (4) (6)
- Traitement prolongé à l'ASA (4)

Récupérer les données de croissances antérieures si disponibles :  Oui  Non \_\_\_\_\_

Contact avec un cas de tuberculose active :  Oui (Pensez à aviser la Santé publique)  Non

Si oui, lien avec cette personne : \_\_\_\_\_

Qualité et durée du contact : \_\_\_\_\_

Transfusion :  Oui  Non

**Médication** (incluant produit naturel, traitement traditionnel) : \_\_\_\_\_

**Allergies** : \_\_\_\_\_

### Vaccination :

Carnet de vaccination disponible :  Oui : Du pays d'origine  Du Québec  Non

Vaccination à jour :  Oui  Non

Vérification du SI-PMI :  Oui  Non

Vaccins manquants : \_\_\_\_\_

Référence en CLSC (nom du CLSC) : \_\_\_\_\_

BCG reçu :  Oui, nombres de doses reçues : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Non

Vaccination pour la varicelle chez l'enfant de moins de 13 ans si non documenté  Oui  Non

### Bilan de dépistage de l'enfant nouvellement arrivé fait ?

Non, sera fait le : \_\_\_\_\_

Oui, (indiquer les résultats anormaux) : \_\_\_\_\_

Facteurs de risque identifiés et problèmes de santé potentiels associés	ACTIONS (cf guide)	Facteurs de risque identifiés et problèmes de santé potentiels associés	ACTIONS (cf guide)
<input type="checkbox"/> (1) Hémoglobinopathies (A)	Électrophorèse de l'Hb	<input type="checkbox"/> (10) Trouble parental de santé mentale	Discussion, accompagnement, prise en charge
<input type="checkbox"/> (2) Tuberculose (A)	TCT ou TLIG	<input type="checkbox"/> (11) Intoxication au plomb	Plombémie
<input type="checkbox"/> (3) Infection à pneumocoque (A)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (12) Anémie ferriprive (B)	FSC, ferritine, nutritionniste <sup>1</sup> si AF
<input type="checkbox"/> (4) Influenza (B)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (13) Dyslipidémie	Dosage chol, HDL, LDL, TG >2 ans ? Nutritionniste <sup>1</sup> si +
<input type="checkbox"/> (5) Hépatite B (A)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (14) Allergies	<b>Mesures diététiques en prévention, nutritionniste<sup>1</sup> si allergie</b>
<input type="checkbox"/> (6) Infection à méningocoque (B)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (15) Troubles visuels (B)	Dépistage, référence
<input type="checkbox"/> (7) Hépatite C	Dosage sérique	<input type="checkbox"/> (16) Troubles auditifs (B)	Dépistage, référence
<input type="checkbox"/> (8) Inégalités sociales de santé (A)	Programmes spécifiques (OLO, SIPPE) Milieu de garde éducatif Ressources communautaires	<input type="checkbox"/> (17) Obésité (A)	<b>Dépistage (IMC), éducation, nutritionniste<sup>1</sup> si embonpoint/obésité</b>
<input type="checkbox"/> (9) Retard de développement (A)	Surveillance du développement Dépistage si indiqué, référence	<input type="checkbox"/> (18) Dysplasie congénitale de la hanche	Imagerie ± consultation en orthopédie

## Répertoire des organismes communautaires œuvrant auprès des nouveaux arrivants par région

<https://www.quebec.ca/immigration/partenaires>

### Contacts

Clinique Accueil de HMR (clinique des enfants nouvellement arrivés) :

ped.accueil.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Clinique multiculturelle de l'Hôpital de Montréal pour enfants :

rendezvouschildren@muhc.mcgill.ca

Clinique de pédiatrie transculturelle du CHU de Québec Centre mère-enfant

Fax: 418 654-2137

Recommandations: gras = A, italique = B, caractère ordinaire = C ou I, souligné = bonnes pratiques en prévention clinique du MSSSQ.

Par G. Brunet, MD, G. Cossette, IPSPL, D. Cousineau, MD, FRCPC, D.Lemieux, MD, L. Bélanger, MD, FRCPC, A. Valderrama, MD, FRCPC, J. Poirier IPSPL, N. Houssaini, MD et S. Sun, MD.

D<sup>re</sup> Tinh-Nhan Luong, pédiatre, D<sup>re</sup> Sima Saleh, pédiatre en collaboration avec D<sup>re</sup> Lise Bélanger, pédiatre

© 2019 CHU Sainte-Justine

## Notes supplémentaires

## Dates