



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

Aviser 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, traumatismes, 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, traumatismes, 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: _____

☐ Surdité durant l'enfance (16)

☐ Problème génétique ou métabolique (16)

☐ Rétinoblastome (15)

☐ Cataractes congénitales (15)

☐ Strabisme et/ou troubles visuels ( ge préscolaire) (15)

☐ Ob s t  parentale (17)

☐ Tuberculose (2)

☐ Porteur d'hépatite B (5)

☐ Porteur d'hépatite C (7)

☐ Dyslipidémie parentale (> 6,2 mmol/L) (13)

☐ MCAS (< 55 ans à et < 65 ans à) (13)

☐ Retard de développement (9):

☐ Exposition/intoxication au plomb (11)

☐ Asthme, eczéma et/ou autres signes d'allergie (14) _____

☐ Trouble de santé mentale antérieur ou actuel? (8) (10): _____

☐ Dépression parentale antérieure ou actuelle?/Dépression périnatale? (8) (9) (10) _____

☐ Dysplasie congénitale de la hanche chez la famille du premier degré (18) _____

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^e 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 ₂ prolongé (> 5 jours) (15) |
| <input type="checkbox"/> Exsanguino-transfusion (dépistage en déficit 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 ¹ si AF
<input type="checkbox"/> (4) Influenza (B)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (13) Dyslipidémie	Dosage chol, HDL, LDL, TG >2 ans ? Nutritionniste ¹ si +
<input type="checkbox"/> (5) Hépatite B (A)	Vaccin	<input type="checkbox"/> (14) Allergies	Mesures diététiques en prévention, nutritionniste ¹ si allergie
<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)	Dépistage (IMC), éducation, nutritionniste ¹ si embonpoint/obésité
<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^{re} Tinh-Nhan Luong, pédiatre, D^{re} Sima Saleh, pédiatre en collaboration avec D^{re} Lise Bélanger, pédiatre

© 2019 CHU Sainte-Justine

Notes supplémentaires

[illegible]