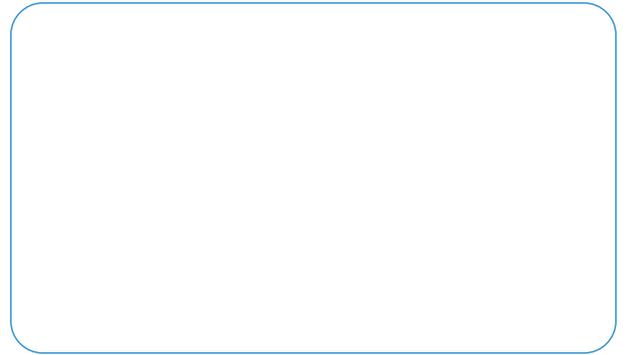


## Recueil des données de base et identification des facteurs de risque



Dossier n°: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Parents		
♀    ♂	Mère	Père
		Consanguinité (15)
	Âge (8) (9) (10)	
	Pays d'origine (1) (2) (5) (11)	
	Autochtone ? (2) (3) (8) (9) (11) (12)	
	Année d'immigration (2) (8) (9) (10) (11) (12)	
	Maîtrise d'aucune des 2 langues officielles ? (8) (9)	
	Scolarité (8) (9) (10)	
	Occupation (8) (9) (10) (11)	
	<b>Tabagisme</b>	
	Alcool (8) (9) (10)	
	Cannabis (8) (9) (10)	
	Drogue illicite i.v. (2) (5) (7) (8) (9) (10)	
	Maison bâtie < 1960 (11)	

Langue(s) parlée(s) à la maison: \_\_\_\_\_

Contexte de vie	
Type de famille: <input type="checkbox"/> Biparentale <input type="checkbox"/> Monoparentale (8) (9) (10) <input type="checkbox"/> Autre: _____	
Type de garde?: _____ <input type="checkbox"/> Compléter Questionnaire Famille: _____	
<input type="checkbox"/> Autres déterminants sociaux: _____	

Antécédents familiaux		
<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"/> Cataractes congénitales (15)	<input type="checkbox"/> Dyslipidémie parentale (> 6,2 mmol/L) (13)	<input type="checkbox"/> Trouble de santé mentale antérieur ou actuel ? (8) (10): _____
<input type="checkbox"/> Strabisme et/ou troubles visuels (�ge préscolaire) (15)	<input type="checkbox"/> MCAS (< 55 ans ♂ et < 65 ans ♀) (13)	<input type="checkbox"/> Dépression parentale antérieure ou actuelle ?/Dépression périnatale ? (8) (9) (10) _____
<input type="checkbox"/> <b>Obésité parentale (17)</b>	<input type="checkbox"/> Retard de développement (9):	<input type="checkbox"/> Dysplasie congénitale de la hanche chez la famille du premier degré (18) _____

Santé des parents: \_\_\_\_\_ Santé de la fratrie: \_\_\_\_\_

Histoire prénatale	
G ____ P ____ A ____ <input type="checkbox"/> Diabète (9) <input type="checkbox"/> Toxémie <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Médicaments: _____ <input type="checkbox"/> Anticonvulsivants ? (9): _____	<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> Alcool (quantité) (8) (9): _____ <input type="checkbox"/> Drogues (8) (9): _____ <input type="checkbox"/> Tabac: _____
Infection maternelle: <input type="checkbox"/> Toxoplasmose (9) (15) (16) <input type="checkbox"/> Rub�eole (9) (15) (16) <input type="checkbox"/> CMV (9) (15) (16) <input type="checkbox"/> Herp�es (9) (15) (16) <input type="checkbox"/> Zika (15) (16)	<input type="checkbox"/> Syphilis (9) (15) (16) <input type="checkbox"/> H�epatite B (5) <input type="checkbox"/> Hépatite C (7) <input type="checkbox"/> VIH (2) (3) (4) (6) (15) (16) <input type="checkbox"/> Autre
Anomalie f�etale à l'échographie: _____	Position de si�ge 3�e trimestre ? (18): _____
Autres complications: _____	

# Recueil des données de base et identification des facteurs de risque (suite)

## Accouchement

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

## Période néonatale

Date de naissance: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Lieu de naissance: \_\_\_\_\_ Transfert: \_\_\_\_\_

Poids: \_\_\_\_\_ (3) (9) (12) (15) (16) Taille: \_\_\_\_\_ Périmètre crânien (9): \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_\_\_ (9) (15) Poids au congé: \_\_\_\_\_

- Malformation crânio-faciale et/ou oreille externe (16)  Ventilation assistée > 5 jours (16)  Ictère (exsanguino) (16)  
 Syndrome génétique comportant de la surdité (16)  Médicaments I.V. (aminoglycosides, diurétiques) (16)  O<sub>2</sub> prolongé (> 5 jours) (15)  
 Méningite bactérienne ou virale (16)  Hémorragie intraventriculaire (grade III-IV) (15) (16)  Dépistage auditif? (16)  
 Histoire d'instabilité de la hanche? (18)

Autres, spécifier: \_\_\_\_\_

## Antécédents personnels de l'enfant

1. _____	Hospitalisations: 1. _____ 2. _____  Chirurgies: 1. _____ 2. _____	<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires ou cardiaques chroniques (3) (4)
2. _____		<input type="checkbox"/> Maladies chroniques (diabète, cirrhose, néphropathie) (2) (3) (4)
3. _____		<input type="checkbox"/> Écoulement chronique LCR (3) <input type="checkbox"/> Implants cochléaires (3)
4. _____		<input type="checkbox"/> Splénectomie ou anémie falciforme (3) (6)
5. _____		<input type="checkbox"/> Immunosuppression, infection par le VIH (2) (3) (4) (6) <input type="checkbox"/> Traitement prolongé à l'ASA (4)

Médicaments	Allergies	Vaccins particuliers
1. _____		<input type="checkbox"/> Pneumocoque (polysaccharidique)
2. _____		<input type="checkbox"/> Influenza
3. _____		<input type="checkbox"/> Méningocoque Type A, C, Y, W <sub>135</sub>
4. _____		<input type="checkbox"/> Méningocoque Type B
5. _____		<input type="checkbox"/> Autre

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	Mesures diététiques en prévention, nutritionniste <sup>1</sup> 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 <sup>1</sup> 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

1. Diététiste-nutritionniste (ODNQ)

Dates	Notes complémentaires

Signature: \_\_\_\_\_

