

Fiche de renseignement Santé

Nom :	Date de naissance :
Prénom :	Age :
Type de mesure de placement :	
Service d'accueil :	
Date d'entrée dans le service :	

Accès aux soins

- Couverture maladie :
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mutuelle individuelle | <input type="checkbox"/> Mutuelle parents |
| <input type="checkbox"/> CMU individuelle | <input type="checkbox"/> CMU parents |
- A-t-il un médecin généraliste ? oui non
- A-t-il bénéficié d'un bilan santé de la CPAM à son arrivée ? oui non
- Est-il à jour de ses vaccinations ? oui non
- A-t-il ses suivis spécifiques ?
- Ophtalmologie
 - Dentiste
 - Orthodontie
 - Psychologique
 - Orthophonie
 - Psychomotricité
 - Gynécologique
 - Psychiatrie
 - Centre médico psychologique
 - Ergothérapie
 - Dermatologue
 - Autres :

Promotion de l'autonomie

- Est t-il reconnu par la MDPH ? oui non
- Fait-il partie d'une fratrie ? oui non
- Si oui, sont ils placés sous la protection de l'enfance ? oui non

Sont- ils dans le même service ? oui non

Si non, les liens sont ils maintenus ? oui non

De quelle manière ?

L'enfant est il en contact avec (préciser, téléphonique, visite médiatisée, droit d'hébergement...)

ses parents un autre membre de la famille

Intégration sociale

L'enfant est il en lien avec un réseau (voisinage, associations, institutions, professionnels...)?

oui non

Intégration scolaire et/ou professionnelle

Quel est son parcours scolaire/professionnel actuel ?

Scolarité générale scolarité adaptée déscolarisé

Formation : laquelle ?

En démarche d'insertion, préciser :

Prévention des risques

Bénéficie t-il d'un suivi psychologique ? oui non

Si oui, à l'interne à l'externe du service

A-t-il participé à des ateliers de prévention ou promotion de la santé ? oui non

Si oui, lesquels ?

Suivi médical 2013

- Calendrier des RDV médicaux :

	<i>Janvier</i>	<i>Février</i>	<i>Mars</i>	<i>Avril</i>	<i>Mai</i>	<i>Juin</i>	<i>Juillet</i>	<i>Août</i>	<i>Septembre</i>	<i>Octobre</i>	<i>Novembre</i>	<i>Décembre</i>
<i>1</i>												
<i>2</i>												
<i>3</i>												
<i>4</i>												
<i>5</i>												
<i>6</i>												
<i>7</i>												
<i>8</i>												
<i>9</i>												
<i>10</i>												
<i>11</i>												
<i>12</i>												
<i>13</i>												
<i>14</i>												
<i>15</i>												
<i>16</i>												
<i>17</i>												
<i>18</i>												
<i>19</i>												
<i>20</i>												
<i>21</i>												
<i>22</i>												
<i>23</i>												
<i>24</i>												
<i>25</i>												
<i>26</i>												
<i>27</i>												
<i>28</i>												
<i>29</i>												
<i>30</i>												
<i>31</i>												

- Renseignements :

<i>Corps médical</i>	<i>Nom</i>	<i>Adresse</i>	<i>Téléphone</i>
<i>Médecin généraliste</i>			
<i>Dentiste</i>			
<i>Ortho dentiste</i>			
<i>Orthophoniste</i>			
<i>Ophthalmologue</i>			
<i>Psychologue</i>			
<i>Psychiatre</i>			
<i>Psychomotricien</i>			
<i>Ergothérapeute</i>			
<i>CMP</i>			
<i>Dermatologue</i>			

<i>Gynécologue</i>			