

Avis transmis à la famille :

Poids/ taille	<input type="checkbox"/>	Retour	<input type="checkbox"/>
Acuité visuelle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Acuité auditive	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vaccinations	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bucco-dentaire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hygiène	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Statique	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Autre.....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Liaisons :

Famille reçue : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	AS : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Médecin EN : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Vie scolaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Autre :	

Attitude lors du dépistage :**Remarques utiles à l'évaluation de la situation de l'élève :****Nom de l'infirmière :****Dépistage infirmier****Date :****Nom :****Prénom :****Date de naissance :****Age :****Classe :****Etablissement :**Dépistage systématique Dépistage à la demande demandeur :*Présentation carnet santé :**oui non* *Feuille de renseignement complétée :**oui non* *Fiche de liaison renseignée :**oui non* *Date du dernier dépistage :**lieu :***Période périnatale**

Poids de naissance :

Taille :

Terme :

Vaccinations, dates des derniers rappels :

DTP	ROR		

Antécédents :**Traitement :****PAI :****PPS :****Suivi extérieur :**

Environnement familial, place dans la fratrie :

Vie à l'école (perception, ressenti de l'élève, relation avec les pairs) :

Absentéisme : oui non
Commentaire de l'élève :

Hygiène de vie :

Acuité visuelle de loin. Test utilisé :

Sans correction	OD /10	OG /10	10/Binoculaire
Avec correction	OD /10	OG /10	10/Binoculaire

Test d'hypermétropie à deux dioptries : normal perturbé

Vision des couleurs, à contrôler : oui non

Acuité auditive. Test utilisé :

	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
Oreille droite	dB	dB	dB	dB
Oreille gauche	dB	dB	dB	dB

Etat bucco-dentaire, anomalie observée :

Poids : **Taille** : **IMC**

Statique :

Tension artérielle :