

FORMULAIRE MODELE

RAPPORT MEDICAL SUR L'ENFANT

Pour les Etats parties à la Convention de La Haye sur l'adoption internationale

Le rapport doit être établi par un médecin dûment autorisé.

Veillez répondre à toutes les questions.

Si l'information demandée n'est pas connue, veuillez indiquer « inconnu ».

Nom de l'enfant:		
Date de naissance:		
Sexe:		
Lieu de naissance:		
Nationalité:		
Nom de la mère:		
Date de naissance:		
Nom du père:		
Date de naissance:		
Nom de l'institution actuelle:	placé depuis:	
Poids à la naissance:	kg.	Lors de l'admission: kg.
Taille à la naissance:	cm.	Lors de l'admission: cm.
La grossesse et l'accouchement se sont-ils déroulés normalement?		
† Oui † Non † Ne sait pas		
Où l'enfant a-t-il habité?		
† avec sa mère	du	au
† avec de la famille	du	au
† soins en établissement privé	du	au
† dans une institution ou un hôpital	du	au

(veuillez indiquer ci-dessous le nom de(s) (l')institution(s) concernée(s))

L'enfant a-t-il été malade par le passé?

(Si oui, veuillez indiquer l'âge de l'enfant pour chaque maladie, et faire mention d'éventuelles complications)

Oui Non Ne sait pas

Si oui:

Maladies infantiles ordinaires (coqueluche, rougeole, varicelle, rubéole, oreillons)?

Tuberculose?

Convulsions (y compris convulsions fébriles)?

Autre maladie?

A-t-il été exposé à une maladie contagieuse?

L'enfant a-t-il été vacciné contre les maladies suivantes:

Oui Non Ne sait pas

Si oui:

Tuberculose(B.C.G.)? Date du vaccin:

Diphtérie? Date du vaccin:

Tétanos? Date du vaccin:

Coqueluche? Date du vaccin:

Poliomyélite? Date du vaccin: Date des rappels oraux:

Hépatite A? Date du vaccin:

Hépatite B ? Date du vaccin:

Autres vaccins? Date du vaccin:

L'enfant a-t-il été soigné à l'hôpital?	
† Oui † Non † Ne sait pas	
Si oui, veuillez indiquer l'hôpital, l'âge de l'enfant, le diagnostic et le traitement:	
Veuillez donner si possible une description du développement mental de l'enfant, de son comportement et de ses capacités.	
Visuel † inconnu	Quand l'enfant a-t-il été capable de fixer (un objet par exemple) ?
Auditif † inconnu	Quand l'enfant a-t-il été capable de réagir et de tourner la tête à l'entente d'un son?
Motricité † inconnu	Quand l'enfant a-t-il été capable de s'asseoir sans aide? De se tenir debout avec appui? De marcher sans appui?
Langage † inconnu	Quand l'enfant a-t-il commencé à babiller? A dire des mots simples? A faire des phrases?

<p>Contact</p> <p>† inconnu</p>	<p>Quand l'enfant a-t-il commencé à sourire?</p> <p>Comment réagit-il envers des inconnus?</p> <p>Comment communique-t-il avec les adultes et les autres enfants?</p>
<p>Emotif</p> <p>† inconnu</p>	<p>Comment l'enfant manifeste-t-il ses émotions (colère, malaise, déception, joie)?</p>
<p>Examen médical de l'enfant</p>	
<p>Date de l'examen médical:</p>	
<p>1. L'ENFANT</p>	<p>POIDS: KG DATE:</p> <p>TAILLE: CM DATE:</p> <p>Tour de tête cm date:</p>
<p>Couleur des cheveux: Couleur des yeux: Couleur de la peau:</p>	
<p>Grâce à un examen clinique complet de l'enfant, j'ai constaté les symptômes, les déficiences ou anomalies suivants :</p> <p>Date de l'examen:</p>	
<p>Tête (forme du crâne, hydrocéphale, craniotabès)</p>	

Bouche et pharynx (bec-de-lièvre ou palais fendu, dents)
Yeux (vision, strabisme, infections)
Oreilles (infections, écoulement, ouïe déficiente, difformité)
Organes du thorax (cœur, poumons)
Glandes lymphatiques (adénite)
Abdomen (hernie, foie, rate)
Organes génitaux (hypospadias, testicules, rétention)
Colonne vertébrale (cyphose, scoliose)
Extrémités (pes equinus, valgus, piet bot, pes calcaneovarus, inflexion de la hanche, spasmodicité, parésie)
Peau (eczéma, infections, parasites)
Autres maladies?
L'enfant présente-t-il des symptômes de syphilis? Résultat de tests de dépistage de la syphilis fait le (date): † Positif † Négatif † Pas de test fait
Symptômes de tuberculose? Résultat de tests de dépistage de la tuberculose fait le (date): † Positif † Négatif † Pas de test fait
Symptômes d'Hépatite A? Résultat de tests de dépistage de l'Hépatite A fait le (date): † Positif † Négatif † Pas de test fait

Symptômes d'Hépatite B?

Résultat des tests HBsAg (date):

† Positif

† Négatif

† Pas de test fait

Résultat des tests HBs (date):

† Positif

† Négatif

† Pas de test fait

Résultat des tests HBeAg (date):

† Positif

† Négatif

† Pas de test fait

Résultat des tests HBe (date):

† Positif

† Négatif

† Pas de test fait

Symptômes de Sida?

Résultat de tests HIV fait le (date):

† Positif

† Négatif

† Pas de test fait

Symptômes d'autres maladies infectieuses?

L'urine contient-elle?

Du sucre?

De l'albumine?

De l'acétone?

Selles (diarrhée, constipation):

Examen parasitaire:

† Positif (sortes)

† Négatif

† Pas de test fait

L'enfant souffre-t-il d'une maladie mentale, d'arriération?

Veillez décrire le développement mental, le comportement et les capacités de l'enfant.
Cette description est particulièrement importante pour conseiller les futurs parents.

Autres commentaires?

Signature et cachet du médecin qui a examiné l'enfant

Date