

**Veillez ne pas compléter ce formulaire. Il ne doit être utilisé qu'à titre de référence.**

**(1) BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE**  
**Fiche SH-10**

(2) École

(4) Cher parent/tuteur, chère tutrice de

(7) Objet : **visite en salle médicale**

**(9) Votre enfant a été vu en salle médicale aujourd'hui à \_\_\_\_\_ (AM/PM) pour :**

(a) Éraflure

(b) Crampe/douleur

(c) Symptômes d'allergie

(d) Yeux : démangeaison/rougeur/larmolement

(e) Nez : démangeaison/écoulement nasal/nez bouché/éternuement

(f) Gorge : irritation/démangeaison

(g) Morsure

(h) Coupure

(i) Toux/rhume

(j) Douleur à l'oreille : droite/gauche

(k) Œil : droit/gauche

(l) Problème de vue : droite/gauche

(3) Date

(5) Classe

(6) Date de naissance

(8) OSIS

(m) Fièvre : \_\_\_\_\_ °F

(n) Maux de tête/étourdissements

(o) Nausée/vomissement

(p) Saignement de nez

(q) Douleur

(r) Éruption cutanée

(s) Peau : démangeaison/sècheresse/irritation

(t) Maux de gorge

(u) Maux d'estomac

(v) Fatigue/lassitude

(w) Mal de dents

(x) Traumatisme

(y) Autre (préciser) :

**(10) Traitement administré :**

(a) Poche de glace

(b) Pansement

(c) Compresse froide

(d) Repas/snack

(e) Pression pour arrêter les saignements

(f) Zone nettoyée à l'eau et au savon

(g) Liquides : eau/jus

**(11) Recommandations :**

(a) Veuillez consulter votre médecin/dentiste pour une évaluation

(b) L'enfant doit rester à la maison jusqu'à ce que sa température soit normale pendant 24 heures

(c) L'enfant doit rester à la maison jusqu'à ce que ses yeux ne soient plus sujets à des écoulements

(d) L'enfant doit rester à la maison jusqu'à ce que les vomissements aient cessé pendant 24 heures

(e) Mettez à jour vos coordonnées sur la fiche des personnes à contacter en cas d'urgence (**nous n'avons pas pu vous joindre**)

(f) Soumettez un **examen médical pour les nouveaux inscrits (New Admission Physical Exam - CH205)**

**(12) Veuillez contacter votre prestataire de soins de santé pour une évaluation :**

(a) Si votre enfant se plaint de maux de tête, d'étourdissements, de nausées et/ou de somnolence

(b) Si la zone qui fait l'objet de plainte devient enflée et/ou très douloureuse

(c) Si la douleur et/ou l'état continue

**(13) Autres commentaires :**

**(14) VU PAR :** (Nom et fonction)

**(15) N° DE TÉL. :**

Pour obtenir de l'aide pour la traduction de ce formulaire, veuillez vous rendre sur <http://tinyurl.com/DOEHealthServices>, contactez votre école ou utilisez un outil de traduction automatique.