

**Bilan sanitaire d’orientation – Enfant mineur**

***Zdravotní záznam - dítě***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Code du centre | N° d’ordre | |
|  |  |  |

*Kód centra Číslo sekvence*

**N° dossier de l’enfant**:\_\_/\_\_/ - \_\_/\_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/

**Složka dítěte č.** Départt - 1ères lettres du centre

*Počátek - první písmena centra*

**N° d’ordre des dossiers** : **de la mère** :\_\_/\_\_/\_\_/ **du père** :\_\_/\_\_/\_\_/

*Sekvence souborů č. matky otce*

***Reporter ces numéros page suivante***

***Opakujte toto číslo na následující stránce***

**Nom** (majuscules) : ……………………………………………………………………………………………………….

*Příjmení (velká písmena)*

**Prénom** (majuscules) **:** ………………………………………………………………………………………………….

*Jméno (velká písmena)*

**Nom des parents si différent** (majuscules) : ……………………………………………………………………

*Jména rodičů pokud jsou odlišná (velká písmena)*

Nom de l’infirmier(e) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Jméno zdravotní sestry/zdravotního bratra*

Opérateur : **□ Samusocial** **□ Croix Rouge Française**

*poskytovatel Samusocial Francouzský Červený kříž*

Nom du centre (ville/département) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Název zdravotního centra (město / oddělení)*

Date de la rencontre : \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

*Datum zdravotního záznamu*

***Reporter la date page suivante***

***Opakujte toto datum na následující stránce***

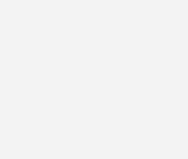
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A – Repères|** ***Základní* *informace*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | ***Réservé au*** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | ***codage*** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
|  | *Reporter les N° figurant sur la page de garde :* **Code du centre :** | | | | | | | | | | | | \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/\_\_/ | | | | | |  |  | ***NE PAS*** |  |
|  |  |  | ***REMPLIR*** |  |
|  | *Opakujte číslo uvedené na první straně*. ***Kód centra*** | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  | **N° d’ordre : de l’enfant** : \_\_/\_\_/\_\_/  *Č. sekvence dítěte* | |  | | **de la mère**  *matky* | | | | | \_\_/\_\_/\_\_/ | | | | **du père**  *otce* | | | | \_\_/\_\_/\_\_/ |  |  |  |  |
|  | A1 Date de la rencontre/  *Datum zdravotního záznamu*: | | \_\_/\_\_/ \_\_/\_\_/ | | | | \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | A2 Sexe/*pohlaví***:** | **□** F/*Ž* **□** H/*M* |  |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **A2 |\_\_|** |  |
|  | A3 date de naissance / *datum narození* \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/  A4 Pays de naissance/ *země narození*: …………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **A4 |\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **B - Etat de santé/**  ***Zdravotní stav*** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | B1 A quand remonte pour cet enfant la dernière visite chez un médecin (centre de soins)?  *Kdy naposledy navštívilo dítě doktora (zdravotní centrum)?* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | **□** < 1 mois  *< 1 měsíc* | **□** 3 à 6 mois  *3 až 6 měsíců* |  | **□** 6 à 12 mois  *6 až 12 měsíců* | | | **□** 1 à 2 ans  *1 až 2 roky* | | | | | | | |  | **□** Ne sait plus  *Nevzpomíná si* | | |  |  | **B1 |\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | B2 A-t-il une maladie ou un problème de santé en cours/  *Má on/ona nějaká probíhající onemocnění***?**  **Si oui** lequel/*pokud ano, jaká*............................................................................................. | | | | | | | | | | | | **□**Oui/*ano* **□** Non  */ne* | | | | | |  |  | **B2 |\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | **B3 Problème|** *Zdravotní problém* **1?** ………………………………………………………………………................ | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **B3** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | **|\_\_|\_\_|\_\_** |  | |
|  | …………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **B3a |\_\_|** |  |
|  | A-t-il un traitement/ *Byla jemu/jí předepsána léčba?*  **□** Oui/*ano* **□**Non/*ne* | | |  |  | **Si oui**, lequel/ *pokud ano, jaká?* : ……………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |  |  | **B3b |\_\_|\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | **B3c |\_\_|** |  | |
|  | Est-il en rupture de médicament/ *Přerušil/a předepsanou léčbu?*  **□** Oui/*ano* **□** Non/*ne* | | | | **Si oui,** depuis quand/ *pokud ano, od kdy ?* : ………………………………............................. | | | | | | | | | | | | | |  |  | **B3d |\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | **B4** |  | |
|  | **B4 Problème|** *Zdravotní problém* **2** : ……………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **|\_\_|\_\_|\_\_|** |  |
|  | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **B4a |\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | **B4b |\_\_|\_\_|** |  | |
|  | A-t-il un traitement ?/ *Byla jemu/jí předepsána léčba?* **□** Oui/*ano* | | | **□** Non/*ne* |  |  | | **Si oui**, lequel/ *pokud ano, jaká?* ................ …………………… | | | | | | | | | | |  |  | **B4c |\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | Est-il en rupture de médicament ?/ *Přerušil/a předepsanou léčbu?*  **□** Oui/*ano* **□** Non/*ne* | | | | **Si oui,** depuis quand ? / *pokud ano, od kdy?* ………………………………. | | | | | | | | | | | | | |  |  | **B4d |\_\_|** |  |
|  | **B5 Autres symptômes ou plaintes**,préciser*/* ***Další příznaky nebo zdravotní obavy****,**uveďte:* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **B5b** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | **|\_\_|\_\_|\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | |  | | |  |  | | |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | **B6** **Qui a répondu aux questions ci-dessus**|  *Kdo odpověděl na výše uvedené otázky?* | | | | | | **□** la mère  *matka* | | |  | **□** le père  *otec* | | | **□**l’enfant  *dítě* | | | |  |  |  | **B6 |\_\_|** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | **Mesures physiques et biologiques *Ne remplir que si suspicion d’un problème de santé en cours***  **Fyzikální a biologická měření *(Nevyplňujte, pokud neexistují žádná podezření na zdravotní problémy)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | ***Ne pas coder*** |  |
|  |  | | |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Température (°C) : \_\_/\_\_/,\_\_/  *Teplota* | | |  |  |  |  |  | Hémoglobinémie : \_\_/\_\_/ g/100ml *test hemoglobinu* | | | | | | | | | |  |  |  |  |
|  | Glycémie capillaire (Hémoglucotest) : \_\_/, \_\_/ g/l  *Vyšetření kapilární krvácivosti* | | | | | | | | |  | A jeun /*rychlý*  **□** Oui/*ano* **□** non/*ne* | | | | | | |  |  |  | Nekódovat |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Délai en heures après repas : ………..  *Hodiny po posledním jídle* | | | | | | | |  |  |  |  | |
|  |  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  | |  |
|  | *Version en test 12 novembre 2015*  *Zkušební verze z 12. listopadu 2015* | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | | |  |

**Observations/ *Pozorování***

**C – Orientation *(systématique : cocher au moins une des 4 cases)***

***Orientace (systematická: vyplňte alespoň jeden ze čtyř případů)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **C1** |  | **C2** |  | **C3** |  | **C4** |  |  | **C1 |\_\_|** | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Urgences Hospitalières**  ***Nemocniční nouzová situace*** |  | **Psycho/**  ***Psycho.*** |  | **PMI/**  **ochrana matek** |  | **PASS pédiatrique**  ***Pediatrická trvalá zdravotní péče*** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **C2** | **|\_\_|** |  |  |
|  | **En urgence/*neodkladnost*** | **□** lieu /*místo*: |  |  |  |  |  |  |  |  | **C2a |\_\_|** | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ……………………………. |  |  |  |  |  |  |  |  | **C3** | **|\_\_|** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **C3a |\_\_|** | |  |  |
|  | **Dans la semaine/**  ***Během týdne*** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **□** |  | **□** |  | **□** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **C4** | **|\_\_|** |  |  |
|  | Les parents sont-ils d’accord pour que nous | |  | **□** Oui/*ano* |  | **□** Oui/*ano* |  | **□** Oui/*ano* |  |
|  |  |  |  |  |  | **C4a |\_\_|** | |  |  |
|  |  | prenions le RV ?  *Souhlasí rodiče s tím, abychom provedli konzultaci?* |  | **□** Non/*ne* |  | **□** Non/*ne* |  | **□** Non/*ne* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**Si désaccord : demander aux parents d’y réfléchir => les revoir avec l’IDE coordinatrice*/***

***Pokud nesouhlasí: požádejte rodiče, aby si to rozmysleli => setkání s Koordinátorkou/Koordinátorem zdravotní péče:***

**C5 |\_\_|**

**C5 Conclusion finale/*závěrečné shrnutí*** : ……………………………………………………………………………………………

**SUIVI PREVU/** ***PLÁNOVANÁ KONTROLA***

**QUALIFICATION/**

**KVALIFIKACE** **LIEU/*míst*** **DATE/*datum*** **NOM/*jméno*** **COMMENTAIRE/*komentáře***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |