



accueillons
un
enfant

FICHE MEDICALE

Nom de l'adoptant(e): _____

Prénom de l'adoptant(e): _____

Date de naissance de l'adoptant(e) (JJ/MM/AAAA): ____/____/____

1.0 ANTECEDENTS CONTRIBUTOIRES:

2.0 REVUE DES SYSTEMES: ___ Négative

___ Positive. Précisez:

3.0 EXAMEN PHYSIQUE:

	Normal	Anormal/Remarques
Apparence générale		
Tête et cou		
ORLO		
Coeur & vaisseaux		
Tension artérielle	/	/
Poumons		
Abdomen		
Colonne & membres		
Système nerveux		
Organes génitaux		
Psychisme		

4.0 EXAMENS DE LABORATOIRE:

	Résultats	Normal	Anormal
Leucocytose			
Hémoglobine			
Hématocrite			
Glycémie			
VDRL			
VIHF (SIDA)			
Sommaire des urines			

5.0 EXAMEN RADIOLOGIQUE:

	Négatif	Caractéristiques/Remarques
Radiographie pulmonaire		

6.0 CONCLUSION/RECOMMANDATIONS:

La présente atteste que _____ est/n'est pas en bonne santé physique et mentale et qu'il/elle est/n'est pas porteur de maladie infectieuse.

7.0 SIGNATURE DU MEDECIN:

Nom et prénom du médecin : _____

Adresse du médecin : _____

Numéro du permis de pratique de la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec : _____

Signature du médecin: _____

Date de la signature (JJ/MM/AAAA): ____/____/____