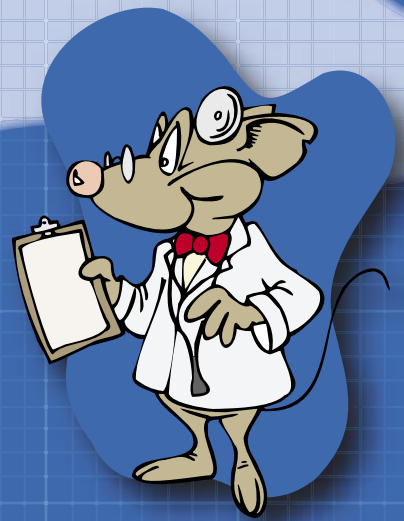
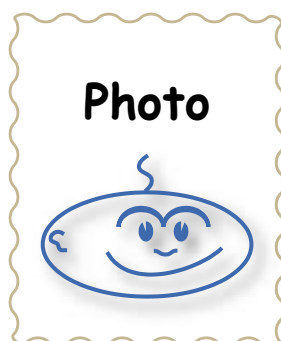


Dossier Médical



Le dossier médical de



Date de naissance: _____-_____-_____
No. Ass.-Maladie: _____
MédicAlert: _____

Index

	Préambule	Page 3
A)	Histoire familiale	Page 4
B)	L'histoire de ma naissance	Page 5
C)	Historique du diagnostic	Page 5
D)	Détails sur ma santé	Page 6
	- Problèmes visuels	Page 6
	- Problèmes auditifs	Page 7
	- Problèmes moteurs	Page 8
	- Déficience intellectuelle	Page 8
	- Autres pathologies	Page 9
E)	Allergies et/ou intolérances	Page 11
F)	Médicaments	Page 12
G)	Médecin de famille ou pédiatre	Page 17
	Mes autres spécialistes	Page 18
H)	Centres de réadaptation	Page 21
	- Mon centre de réadaptation en déficience visuel	Page 21
	- Mes autres intervenants	Page 21
	- Mon centre de réadaptation en déficience physique et motrice	Page 24
	- Mon centre de réadaptation en déficience auditive	Page 27
	- Mon centre de réadaptation en déficience intellectuelle	Page 29
I)	Hospitalisations et/ou consultations médicales importantes	Page 32

Préambule

Parents, vous n'êtes pas seuls!

À l'AQPEHV nous sommes toujours soucieux d'assister les parents dans toutes les démarches qu'ils doivent entreprendre à travers les diverses instances avec qui ils auront à transiger tout au long du cheminement de leur enfant vivant avec une déficience visuelle.

Par l'entremise du projet PACE (programme d'action communautaire pour les enfants) « Un plus pour la vie » nous avons conçu « Le dossier médical personnel » qui vous servira à noter le suivi médical de votre enfant.

Vous pourrez noter tout ce qui est pertinent dans ce dossier médical, dès la naissance : les circonstances du dépistage, le diagnostic, toutes les rencontres médicales, les médicaments prescrits, les centres de réadaptation impliqués ainsi que toutes les informations pertinentes provenant des intervenants de votre enfant.

Vous aurez alors un endroit où chercher pour tout trouver dans le même document. Cet outil avait été conçu en partie par deux mamans de l'AQPEHV et elles ont voulu le partager avec les autres membres dans un esprit d'entraide. Nous l'avons bonifié afin de faciliter l'accessibilité et l'utilisation. C'est avec plaisir que nous vous l'offrons pour que vous puissiez avoir toutes les informations nécessaires au suivi médical de votre enfant.

Ce document a été conçu pour vous, dans le but de vous offrir un outil supplémentaire afin de vous assister dans vos multiples rencontres médicales et de faciliter la coordination et la mise en place d'un plan d'intervention et du plan de services individualisé.

Nous espérons que cet outil saura alléger la tâche de tenir à jour toutes les composantes du monde médical de votre enfant.

Josée Pelletier

Agente de développement à l'action communautaire

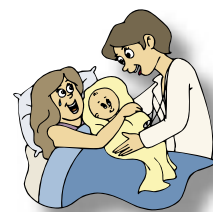
A. Histoire familiale



Histoire médicale pertinente de la mère:

Histoire médicale pertinente du père:

Histoire médicale pertinente des frères et sœurs:



B. L'histoire de ma naissance:

Apgar: ____ - ____ - ____ Poids: ____ Grandeur: ____



C. Historique du diagnostic

(Indiquer à quand remonte le diagnostic et comment sa déficience a été dépistée, dans quelles circonstances)



***Personne fonctionnellement voyante :** Toute personne qui utilise principalement sa vision (**basse vision/résidu visuel**) pour acquérir ses connaissances.

***Personne fonctionnellement non-voyante :** Toute personne qui utilise les autres sens (excluant la vision) pour acquérir ses connaissances. (**cécité/aveugle**)



Détails: _____



Problèmes auditifs:



Pathologie: _____



Diagnostic posé par Dr. _____



Hôpital: _____



Ville : _____



Degré de surdité: _____



Prothèses: _____ oui _____ non



Détails: _____



Problèmes moteurs:



Pathologie: _____



Diagnostic posé par Dr. _____



Hôpital: _____



Ville : _____



Détails: _____



Déficiência intellectuelle:



Pathologie: _____



Diagnostic posé par Dr. _____



Hôpital: _____



Ville : _____



Détails: _____



Autres pathologies:



Pathologie: _____



Diagnostic posé par Dr. _____



Hôpital: _____



Ville : _____



Détails: _____



Pathologie: _____



Diagnostic posé par Dr. _____



Hôpital: _____



Ville : _____



Détails: _____



Pathologie: _____



Diagnostic posé par Dr. _____



Hôpital: _____



Ville : _____



Détails: _____



Pathologie: _____



Diagnostic posé par Dr. _____



Hôpital: _____



Ville : _____



Détails: _____



E. Allergies et/ou intolérances:



Médicaments: _____



Nourriture: _____



Insectes: _____



Autres: _____

F. Médicaments

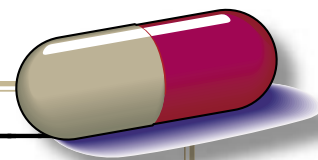
Médication ou traitements
nécessaires pour différentes
situations (ex : pompe
asthme, épiPen)





Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie (dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie (dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____



Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

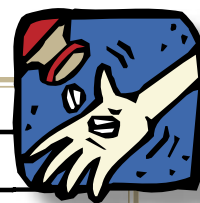


Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____



Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____



Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

Nom du médicament : _____
Date de prescription: _____
Posologie(dose) : _____
Nombre de fois par jour : _____
Durée : _____

G. Médecin de famille ou pédiatre

Prière d'envoyer une copie de toute information
ou de tout résultat au médecin suivant :



Nom du médecin : _____

Titre : _____

Clinique/hôpital : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____

Mes autres spécialistes sont :



Nom du médecin : _____

Titre : _____

Clinique/hôpital : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____

Nom du médecin : _____

Titre : _____

Clinique/hôpital : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____



Nom du médecin : _____

Titre : _____

Clinique/hôpital : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____

Nom du médecin : _____

Titre : _____

Clinique/hôpital : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____



Nom du médecin : _____

Titre : _____

Clinique/hôpital : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____

Nom du médecin : _____

Titre : _____

Clinique/hôpital : _____

Adresse : _____

☎ Téléphone : _____

H. Centres de réadaptation :

Mon centre de réadaptation en déficience visuelle:



 Nom du centre : _____

 Adresse : _____

 Téléphone : _____

 Mon intervenant pivot : _____

 Téléphone : _____

 Champ de spécialisation : _____

Mes autres intervenants :

 Nom : _____

 Téléphone : _____

 Champ de spécialisation : _____

 Centre/hôpital : _____



 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____



 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

Mon centre de réadaptation en déficience physique et motrice :



 Nom du centre : _____

 Adresse : _____

 Téléphone : _____

 Mon intervenant pivot : _____

 Téléphone : _____

 Champ de spécialisation : _____

Mes autres intervenants :

 Nom : _____

 Téléphone : _____

 Champ de spécialisation : _____

 Centre/hôpital : _____



 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____



 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

Mon centre de réadaptation en déficience auditive :



 **Nom du centre :** _____

 **Adresse :** _____

 **Téléphone :** _____

 **Mon intervenant pivot :** _____

 **Téléphone :** _____

 **Champ de spécialisation :** _____

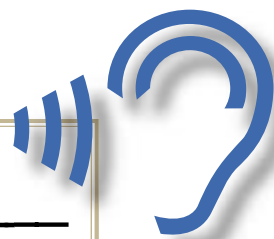
Mes autres intervenants :

 **Nom :** _____

 **Téléphone :** _____

 **Champ de spécialisation :** _____

 **Centre/hôpital :** _____



 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

Mon centre de réadaptation en déficience intellectuelle :



 **Nom du centre :** _____

 **Adresse :** _____

 **Téléphone :** _____

 **Mon intervenant pivot :** _____

 **Téléphone :** _____

 **Champ de spécialisation :** _____

Mes autres intervenants :

 **Nom :** _____

 **Téléphone :** _____

 **Champ de spécialisation :** _____

 **Centre/hôpital :** _____



 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____



 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

 Nom : _____
 Téléphone : _____
 Champ de spécialisation : _____
 Centre/hôpital : _____

— ◆ —

I. Hospitalisations et/ou consultations médicales importantes:



Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____



Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____





Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____





Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____





Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____



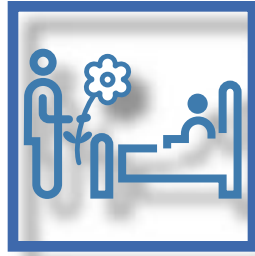


Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____





Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____





Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____





Date: _____

Description: _____

Traitements et résultats: _____





**ASSOCIATION QUÉBÉCOISE
DES PARENTS D'ENFANTS
HANDICAPÉS VISUELS**



AQPEHV

10, BOUL. CHURCHILL, BUREAU 203
GREENFIELD PARK (QUÉBEC) J4V 2L7
TÉLÉPHONE: (450) 465-7225
TÉLÉCOPIEUR: (450) 465-5129
SANS FRAIS: 1 888 849 8729
COURRIEL: INFO@AQPEHV.QC.CA