



## FICHE MEDICALE

LYCEE DES MASCAREIGNES

Année scolaire 2019/2020

A remplir par le médecin traitant  
Cette fiche fera partie du dossier médical du lycéen et restera confidentielle

NOM : .....PRENOM : .....DATE DE NAISSANCE : .....

### I- RENSEIGNEMENTS

1. L'adolescent se plaint-il de symptômes tel que :

	Oui	Non
Vertiges		
Lipothymies		
Difficultés respiratoires		
Syncope		

2. L'adolescent a-t-il des antécédents :

a) Personnel :

- Médicaux tels que :

	Oui	Non
Epilepsie		
Asthme		
Diabète		

- Traumatologiques : .....
- Chirurgicaux : .....
- Motifs d'hospitalisation depuis la naissance : .....

b) Familiaux tels que maladie cardiaque, diabète, hypertension artérielle, cancer etc :

- traitements en cours .....
- allergies médicamenteuses ou alimentaires (précisez) .....

3. L'adolescent est-il vacciné contre :

	Oui	Non	Date du dernier rappel
BCG			
DT POLIO			
ROR			
Autres vaccins :			

## II. EXAMEN CLINIQUE

Poids :..... Taille :..... IMC :..... Tension artérielle :.....

### A) CARDIAQUE

L'adolescent possède-t-il un souffle au cœur ? Oui  Non

Si oui, a-t-il été exploré ?

.....  
.....

### B) LOCOMOTEUR

L'adolescent présente-t-il :

	Oui	Non
une boiterie?		
une inégalité de longueur des membres inférieurs?		
une scoliose?		

### C) SENSORIEL

Acuité visuelle de loin	OD	OG
Avec correction	/10	/10
Sans correction	/10	/10

L'adolescent entend t-il correctement ? Oui  Non

### D) BUCCO-DENTAIRE :

L'adolescent doit-il consulter un dentiste ? Oui  Non

## III. TRAITEMENT

L'adolescent suit-il un traitement ? Oui  Non

Si oui, lequel ?.....

## IV. CONCLUSION

L'adolescent est-il apte à la pratique du sport ? Oui  Non

Si certains sports lui sont contre-indiqués, veuillez précisez lesquels :

.....  
.....

## COMMENTAIRES- POINTS PARTICULIERS

.....  
.....

Ces éléments seront à communiquer aux professeurs : Oui  Non

Cette fiche a été remplie :

Par le Dr :.....

Signature et cachet du médecin

Le :.....