



## Dossier de transfert en pédiatrie

### AU DOCTEUR

Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : Travail/antécédents médicaux

Mère : \_\_\_\_\_  
 Père : \_\_\_\_\_  
 Frères et sœurs : \_\_\_\_\_  
 Autres antécédents des membres de la famille : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS DE NAISSANCE ET DE LA PÉRIODE NÉONATALE

Âge gestationnel : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_ Apgar (indice) : \_\_\_\_\_  
 Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### PATIENT

Nom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_  M  F  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville/Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Carte d'assurance-maladie n° : \_\_\_\_\_  
 Mère ou personne en charge : \_\_\_\_\_  
 Tél. : Domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. : \_\_\_\_\_  
 Père ou personne en charge : \_\_\_\_\_  
 Tél. : Domicile \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_  
 Tél. cell. : \_\_\_\_\_  
 L'enfant vit avec : \_\_\_\_\_  
 Un interprète s'avère-t-il nécessaire?  Oui  Non Langue \_\_\_\_\_

### DERNIER EXAMEN DANS CE CABINET

Date : \_\_\_\_\_  
 Âge : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_  
 Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ IMC : \_\_\_\_\_  
 Tension artérielle : \_\_\_\_\_  Courbes de croissance ci-jointes  
 Commentaires : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX : Maladies graves

N°	Problème	Date(s)	Surspécialiste consulté	Traitement et issue
1.				
2.				
3.				
4.				

.../verso

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU CHIRURGICAUX : Maladies graves (suite)**

N°	Problème	Date(s)	Surspécialiste consulté	Traitement et issue
5.				
6.				
7.				

**MÉDICATION ACTUELLE :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONSULTATIONS ET EXPLORATIONS EN COURS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALLERGIES CONNUES OU PRÉSUMÉES :** (préciser les médicaments)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vaccins	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date
DTca/VPI-Hib							
Pneum							
Mén							
RRO-Var							
RRO							
Var							
Hép. A							
Hép. B							
Td ou dTca							
Influenza							
VPH							
Rotavirus							
Autres :							

Signature : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_



Il est possible de télécharger et d'imprimer ce formulaire dans le site Web de la SCP, à [www.cps.ca](http://www.cps.ca).

juillet 2010