

## FORMULAIRE MODÈLE RAPPORT MÉDICAL DE L'ENFANT

*Pour les États parties à la Convention de La Haye sur l'adoption internationale*

Le rapport doit être établi par un médecin dûment autorisé.

Veuillez répondre à toutes les questions.

Si l'information demandée n'est pas connue, veuillez indiquer « inconnu ».

|   |     |                                |
|---|-----|--------------------------------|
| Nom de l'enfant :   |     |                                |
| Date de naissance :   |     |                                |
| Sexe :  |     |                                |
| Lieu de naissance :   |     |                                |
| Nationalité :   |     |                                |
| Nom de la mère :  |     |                                |
| Date de naissance :   |     |                                |
| Nom du père :   |     |                                |
| Date de naissance :   |     |                                |
| Nom de l'institution actuelle :      placé depuis :   |     |                                |
| Poids à la naissance :  | kg. | Lors de l'admission :      kg. |
| Taille à la naissance :   | cm. | Lors de l'admission :      cm. |
| La grossesse et l'accouchement se sont-ils déroulés normalement ?   |     |                                |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas                  |     |                                |
| Où l'enfant a-t-il habité ?   |     |                                |
| <input type="checkbox"/> avec sa mère   | du  | au                             |
| <input type="checkbox"/> avec de la famille   | du  | au                             |
| <input type="checkbox"/> soins en établissement privé   | du  | au                             |
| <input type="checkbox"/> dans une institution ou un hôpital   | du  | au                             |
| (veuillez indiquer ci-dessous le nom de(s) (l')institution(s) concernée(s))                                     |     |                                |
|   |     |                                |
| L'enfant a-t-il été malade par le passé ?   |     |                                |
| (Si oui, veuillez indiquer l'âge de l'enfant pour chaque maladie, et faire mention d'éventuelles complications) |     |                                |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas                  |     |                                |
| Si oui :  |     |                                |
| Maladies infantiles ordinaires (coqueluche, rougeole, varicelle, rubéole, oreillons) ?                          |     |                                |



Annexe 7-8

|  |   |
|--|---|
|  | De marcher sans appui ?   |
| Langage<br><input type="checkbox"/> inconnu  | Quand l'enfant a-t-il commencé à babiller ?<br>A dire des mots simples ?<br>A faire des phrases ?   |
| Contact<br><input type="checkbox"/> inconnu  | Quand l'enfant a-t-il commencé à sourire ?<br><br>Comment réagit-il envers des inconnus ?<br><br>Comment communique-t-il avec les adultes et les autres enfants ? |
| Émotif<br><input type="checkbox"/> inconnu   | Comment l'enfant manifeste-t-il ses émotions (colère, malaise, déception, joie) ?   |
| Examen médical de l'enfant<br>Date de l'examen médical :   |   |
| 1. L'enfant  | Poids : kg      date :<br><br>Taille :              cm      date :<br><br>Tour de tête      cm      date :  |
| Couleur des cheveux :      Couleur des yeux :      Couleur de la peau :  |   |
| Grâce à un examen clinique complet de l'enfant, j'ai constaté les symptômes, les déficiences ou anomalies suivants : |   |
| Date de l'examen :   |   |
| Tête (forme du crâne, hydrocéphale, craniotabès)   |   |
| Bouche et pharynx (bec-de-lièvre ou palais fendu, dents)   |   |

|  |
|--|
| Yeux (vision, strabisme, infections)   |
| Oreilles (infections, écoulement, ouïe déficiente, difformité)   |
| Organes du thorax (cœur, poumons)  |
| Glandes lymphatiques (adénite)   |
| Abdomen (hernie, foie, rate)   |
| Organes génitaux (hypospadias, testicules, rétention)  |
| Colonne vertébrale (cyphose, scoliose)   |
| Extrémités (pes equinus, valgus, piet bot, pes calcaneovarus, inflexion de la hanche, spasmodicité, parésie)   |
| Peau (eczéma, infections, parasites)   |
| Autres maladies ?  |
| L'enfant présente-t-il des symptômes de syphilis ?<br>Résultat de tests de dépistage de la syphilis fait le (date) :<br><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait  |
| Symptômes de tuberculose ?<br>Résultat de tests de dépistage de la tuberculose fait le (date) :<br><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait   |
| Symptômes d'Hépatite A ?<br>Résultat de tests de dépistage de l'Hépatite A fait le (date) :<br><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait   |
| Symptômes d'Hépatite B ?<br>Résultat des tests HBsAg (date) :<br><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait<br>Résultat des tests HBs (date) :<br><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait<br>Résultat des tests HBeAg (date) :<br><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait<br>Résultat des tests HBe (date) :<br><input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Pas de test fait |

|  |
|--|
| <p>Symptômes de Sida ?</p> <p>Résultat de tests HIV fait le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Positif   <input type="checkbox"/> Négatif   <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p>      |
| <p>Symptômes d'autres maladies infectieuses ?</p>  |
| <p>L'urine contient-elle ?</p> <p>Du sucre ?</p> <p>De l'albumine ?</p> <p>De l'acétone ?</p>  |
| <p>Selles (diarrhée, constipation) :</p> <p>Examen parasitaire :</p> <p><input type="checkbox"/> Positif (sortes)   <input type="checkbox"/> Négatif   <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p> |
| <p>L'enfant souffre-t-il d'une maladie mentale, d'arriération ?</p>  |
| <p>Veillez décrire le développement mental, le comportement et les capacités de l'enfant. Cette description est particulièrement importante pour conseiller les futurs parents.</p>                  |
| <p>Autres commentaires ?</p>   |

Signature et cachet du médecin qui a examiné l'enfant   Date

