



Dossier Médical de l'Élève 6

Maryland State Department of Education
Maryland Department of Health (MDH)
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS (MCPS)
Rockville, Maryland

Formulaire SR-6 de MCPS
Janvier 2018
Page 1 de 4

DOSSIER D'EXAMEN PHYSIQUE POUR LES ÉCOLES DU MARYLAND

Aux Parents ou Tuteurs Légaux:

Afin que votre enfant puisse fréquenter une école publique du Maryland pour la première fois, les éléments suivants sont **exigés**:

- **Un examen physique par un prestataire de soins de santé autorisé doit être effectué dans les neuf mois avant l'entrée de l'enfant dans le système scolaire public ou dans les six mois suivant l'entrée de l'enfant dans le système.** Un formulaire d'examen physique désigné par le Maryland State Department of Education et le Maryland Department of Health doit être utilisé pour répondre à cette exigence.
- **Des preuves des premiers vaccins complets contre certaines maladies contagieuses de l'enfance est exigée pour tous les élèves dans le programme préscolaire jusqu'au Grade 12.** Un formulaire de Certification d'immunisation du Maryland pour les nouveaux élèves peut être obtenu auprès de l'agence locale de Department of Health and Human Services ou du personnel scolaire. Le formulaire et les vaccins exigés doivent être complétés avant qu'un enfant ne puisse aller à l'école. (Formulaire 896 de MDH).
- **Une preuve d'un test de détection de la présence de plomb dans le sang est exigée pour tous les élèves qui résident dans une région désignée à risque ou qui sont inscrits dans Medicaid lorsque les élèves entrent pour la première fois à la Prématernelle, à la Maternelle, et au Grade 1, et pour tous les enfants né le 1 janvier 2015 ou après.** Le certificat (DHMH 4620) de test de détection de la présence de plomb dans le sang du Maryland Department of Health and Mental Hygiene (ou un autre document écrit et signé par un prestataire de soins de santé autorisé) sera utilisé pour répondre à cette exigence.

Des dispenses des vaccins sont autorisées si les vaccins sont contraires aux croyances religieuses de l'élève ou de la famille, et exigent la signature du parent/tuteur légal sur le Formulaire 896 de MDH. Les élèves peuvent aussi être dispensés des exigences de vaccination si un prestataire de soins de santé autorisé certifie qu'il y a une raison médicale pour ne pas recevoir un vaccin. Des dispenses du test de détection de plomb dans le sang sont autorisées si le test est contraire aux croyances religieuses et pratiques de la famille. Le Certificat relatif au Test de Détection de Plomb dans le Sang (Blood Lead Testing Certificate) doit être signé par un prestataire de soins de santé autorisé confirmant qu'un questionnaire a été rempli.

Les informations relatives à la santé sur ce formulaire seront disponibles uniquement aux membres du personnel de santé et d'éducation qui ont un intérêt légitime dans l'éducation de votre enfant.

Pour aider votre enfant à obtenir le meilleur de leur expérience éducative, veuillez remplir la Partie I de ce formulaire d'Examen Physique. La Partie II doit être remplie par un prestataire de soins de santé autorisé, ou joignez une copie de l'examen physique de votre enfant à ce formulaire. Si votre enfant requiert l'administration de médicaments ou quelconque traitement à l'école, le prestataire de soins de santé autorisé doit remplir un formulaire d'administration de médicaments ou de traitement pour chaque médicament et/ou traitement devant être administré. Ces formulaires peuvent être obtenus de l'école de votre enfant ou en ligne sur le site web de Montgomery County Public Schools (MCPS) à www.montgomeryschoolsmd.org: Formulaire 525-12 de MCPS, *Autorisation pour Administrer des Traitements Prescrits par un Médecin, Décharge et Couverture Contre Tout Dommage Futur Éventuel (Authorization to Provide Medically Prescribed Treatment, Release and Indemnification Agreement)*, Formulaire 525-13 de MCPS, *Autorisation pour Administrer des Médicaments Prescrits, Décharge et Couverture Contre Tout Dommage Futur Éventuel (Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement)*, Formulaire 525-14 de MCPS, *Soins d'Urgence pour La Gestion D'un Élève Ayant Reçu Un Diagnostic d'Anaphylaxie, Décharge et Couverture Contre Tout Dommage Futur Éventuel pour L'Auto-injecteur d'Épinéphrine (Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector)*. Si vous n'avez pas accès à un prestataire de soins de santé autorisé ou si votre enfant a besoin d'une procédure spéciale individuelle de santé, veuillez contacter le directeur/la directrice et/ou l'infirmier(ère) de l'école de votre enfant.

Veuillez remplir le formulaire d'Examen Physique et le retourner à l'école de votre enfant dans les meilleurs délais.

| | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| PARTIE 1 ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ À remplir par le parent/tuteur légal | | | N° d'Identification de MCPS |
| Nom de l'Élève (Nom de Famille, Prénom, Deuxième Prénom) | Date de Naissance (Mois, Jour, Année) | Nom de l'École | Grade |
| Adresse (Numéro, Rue, Ville, État, Code Postal) | | Numéro de Téléphone | |
| Noms du/des Parent(s)/Tuteur(s) Légal/Légaux | | | |
| Où emmenez-vous habituellement votre enfant pour ses soins médicaux de routine? Nom: _____ Adresse: _____ | | Numéro de Téléphone | |
| À quand remonte la dernière fois où votre enfant a eu un examen physique? | Mois | Année | |
| À quand remonte la dernière fois où votre enfant a reçu des soins dentaires? | Mois | Année | |
| Où emmenez-vous habituellement votre enfant pour ses soins dentaires ? Nom: _____ Adresse: _____ | | Numéro de Téléphone | |

| ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE | | | |
|--|-----|-----|--------------|
| Au meilleur de votre connaissance, votre enfant a-t-il/elle eu un des cas suivants? Veuillez cocher oui ou non ci-dessous. | | | |
| | Oui | Non | Commentaires |
| Anaphylaxie ou réaction allergique sévère | | | |
| Allergies (aliments, insectes, médicaments, latex) | | | |
| Allergies (saisonnnières) | | | |
| Asthme ou problèmes respiratoires | | | |
| Troubles comportementaux ou émotionnels | | | |
| Maladies congénitales | | | |
| Problèmes de saignement | | | |
| Infirmité motrice dérébrale | | | |
| Problèmes dentaires | | | |
| Diabète | | | |
| Problèmes d'oreilles ou de surdité | | | |
| Problèmes oculaires ou de vision | | | |
| Blessure à la tête | | | |
| Problème cardiaque | | | |
| Hospitalisation (quand, où, pourquoi) | | | |
| Intoxication par le plomb/Exposition au plomb | | | |
| Problèmes d'apprentissage/handicaps | | | |
| Restriction à des activités physiques | | | |
| Méningite | | | |
| Prématurité | | | |
| Problème avec la vessie | | | |
| Problèmes avec les intestins | | | |
| Problèmes avec la toux | | | |
| Crises convulsives | | | |
| Drépanocytose | | | |
| Problèmes d'élocution | | | |
| Chirurgie | | | |
| Autre | | | |
| Votre enfant prend-t-il/elle un médicament? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, nom(s) du/des médicament(s): _____ | | | |
| Votre enfant exigera-t-il/elle l'administration d'un médicament à l' cole? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, nom(s) du/des médicament(s): _____ | | | |
| Votre enfant exigera-t-il/elle l'administration de médicaments d'urgence à l' cole (auto-injecteurs d' pinephrine, inhalateurs, glucagon, Diastat, médicaments nébulisés)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez énumérer _____ | | | |
| Votre enfant exigera-t-il/elle l'administration de traitements spéciaux à l' cole (alimentation par tubes, cathétérismes, etc.)? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez énumérer _____ | | | |
| Signature du Parent/Tuteur Légal | | | Date |

| | | | |
|--|------------------------------|----------------|-------|
| PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT To be completed ONLY by authorized health care provider | | MCPS ID# | |
| Student's Name (Last, First, Middle) | Birthdate (Mo., Day, Yr.) | Name of School | Grade |
| 1. Does the child have a diagnosed medical condition? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ _____ | | | |
| 2. Does the child have a health condition which may require EMERGENCY ACTION while at school? (e.g., seizure, severe allergic reaction/anaphylaxis to food or insect sting, asthma, bleeding problem, diabetes, heart problem, or other problem) If yes, please DESCRIBE. Additionally, please work with the school nurse to develop an emergency plan. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ _____ | | | |
| 3. Are there any abnormal findings on evaluation for concern? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify _____ _____ | | | |

| EVALUATION FINDINGS/CONCERNS | | | | | | |
|------------------------------|-----|------|-----------------|---------------------------------|-----|----|
| PHYSICAL EXAM | WNL | ABNL | Area of Concern | HEALTH AREA OF CONCERN | Yes | No |
| Head | | | | Attention Deficit/Hyperactivity | | |
| Eyes | | | | Behavior/Adjustment | | |
| ENT | | | | Development | | |
| Dental | | | | Hearing | | |
| Respiratory | | | | Immunodeficiency | | |
| Cardiac | | | | Lead Exposure/Elevated Lead | | |
| GI | | | | Learning Disabilities/Problems | | |
| GU | | | | Mobility | | |
| Musculoskeletal/Orthopedic | | | | Nutrition | | |
| Neurological | | | | Physical Illness/Impairment | | |
| Skin | | | | Psychosocial | | |
| Endocrine | | | | Speech/Language | | |
| Psychosocial | | | | Vision | | |
| | | | | Other | | |

REMARKS: (Please explain any abnormal findings/health concerns.)

4. **RECORD OF IMMUNIZATIONS:** MDH 896 is required to be completed and attached by an authorized health care provider **or** a computer generated immunization record must be provided.

5. Is the child on medication? If yes, indicate medication and diagnosis. No Yes

(MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement and/or MCPS Form 525-14, Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector, must be completed for medication administration in school).

6. Should there be any restriction of physical activity in school? If yes, specify nature and duration of restriction. No Yes

| 7. Screenings | Results (actual value, or positive/negative) | Date Taken |
|--------------------------------|--|------------|
| Tuberculin Test | | |
| Blood Pressure/Heart Rate | | |
| Height | | |
| Weight | | |
| BMI %tile | | |
| Blood Lead Testing (DHMH 4620) | | |

PART II SCHOOL HEALTH ASSESSMENT (continued)
To be completed ONLY by authorized health care provider

(Student Name) _____ has had a complete physical examination and has:

- No evident problem that may affect learning or full school participation Problems noted above

Additional Comments:

| | | | |
|---|-----------|---|------|
| Name of Authorized Health Care Provider (Type or Print) | Phone No. | Authorized Health Care Provider Signature | Date |
|---|-----------|---|------|