



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.

juillet 2010