

## FORMULAIRE D'ÉVALUATION MÉDICALE

(Veuillez remplir tous les blancs LISIBLEMENT)

Demandeur : ..... Age : .....

Sexe : .....

Adresse : .....

Cher Dr .....  
(Nom du médecin)

La personne mentionnée ci-dessus a effectué une demande d'adoption. Pour pouvoir adopter un enfant, le demandeur doit être en bonne santé physique et mentale. Veuillez l'examiner et nous adresser un rapport sur son état de santé actuel.

Date de l'examen : .....

### ANTECEDENTS MÉDICAUX DU DEMANDEUR :

Depuis combien de temps êtes-vous le médecin traitant de cette personne ? .....

Décrivez l'état de santé physique général de cette personne : .....  
.....  
.....

Cette personne a-t-elle des antécédents de maladie héréditaire ou de malformation congénitale ? Si oui lesquels ? .....  
.....  
.....

Cette personne a-t-elle souffert des maladies/affections suivantes ? Si oui précisez :

Tuberculose : .....

Epilepsie : .....

Asthme : .....

Maladie mentale : .....

Troubles nerveux / névroses : .....

Cancer : .....

Diabète : .....

Maladie vénérienne : .....

Allergies : .....

Troubles glandulaires / hormonaux / enzymatiques (précisez) : .....  
.....

Maladie grave : .....

Opération chirurgicale : .....

Handicaps : .....

Vision déficiente (degré) : .....

Audition déficiente (degré) : .....

Défaut d'élocution (décrivez) : .....

Indiquer les séances de psychothérapie / conseil suivies (date, motif, pronostic) : .....

Autres (décrivez) : .....

**EXAMEN PHYSIQUE DU DEMANDEUR :**

Yeux : ..... Cœur : ..... Oreilles : .....

Poumons : ..... Taille : ..... Nez : .....

Abdomen : ..... Poids : ..... Gorge : .....

Colonne vertébrale : ..... Peau : .....

**EXAMEN(S) / TEST(S) EFFECTUE(S) PAR LE DEMANDEUR :**

Tension artérielle (date et résultats) : .....

Analyse d'urine (date et résultats) : .....

Sérologie pour la syphilis (date et résultats) : .....

Test tuberculinique (date et résultats) : .....

Cette personne a-t-elle déjà fait une ou plusieurs fausses couches ou donné naissance à un ou plusieurs enfants mort-nés (indiquez les dates, etc) ? .....

Depuis combien de temps cette personne cherche-t-elle à être enceinte ? .....

Cette personne suit-elle actuellement un traitement de fertilité (précisez) ? .....

Un autre traitement est-il recommandé ? .....

Quel est le pronostic de grossesse (si la personne est une femme) ? .....

Quel est le pronostic pour que la personne devienne père d'un enfant naturel (si la personne est un homme) ? .....

Cette personne a-t-elle subi une opération, une radiothérapie ou une curiethérapie qui l'a rendue stérile ? Si oui, précisez les raisons de ce traitement : .....

Cette personne est-elle sous traitement médicamenteux ? Lequel ou lesquels ? Posologie ? Fréquence des prises ? Pour quelle(s) raison(s) ? .....

Un bilan de fertilité a-t-il été effectué ?  
- Exploration de la perméabilité tubaire (date et résultats) : .....  
- Etude de l'ovulation (date et résultats) : .....  
- Analyse du sperme (date et résultats) : .....  
- Intervention(s) chirurgicale(s) / autres (date et résultats) : .....

Cette personne souffre-t-elle d'un problème de santé susceptible de la rendre incapable de donner à un enfant les soins appropriés ? .....

Cette personne souffre-t-elle d'un problème de santé susceptible d'affecter ultérieurement la stabilité de son foyer ? .....

D'après votre évaluation globale de son état de santé, existe-t-il une ou plusieurs raisons pour que vous ne recommandiez pas que cette personne devienne parent adoptif ? .....

.....

Signature du médecin qui a effectué l'examen

.....

.....

Nom du médecin (dactylographié)

.....

Adresse du médecin

.....  
.....  
.....

Ville/Etat/Code postal

Date :