

EXEMPLE INDICATIF DE RAPPORT MEDICAL SUR L'ENFANT

Un rapport établi par l'Autorité centrale du pays d'origine et « contenant des renseignements sur l'identité de l'enfant, son adoptabilité, son milieu social, son évolution personnelle et familiale, son passé médical et celui de sa famille, ainsi que sur ses besoins particuliers » est prévu par les articles 16-1 et 30-1 de la Convention de La Haye du 29 mai 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale.

Cependant, il appartient aux postulants à l'adoption d'obtenir communication, auprès du médecin local qui a suivi l'enfant, des données médicales les plus précises possibles avant de donner leur accord pour l'adoption. Aborder l'accueil de l'enfant en connaissance de cause leur permettra aussi de mieux préparer son arrivée.

Voici pour les guider, et lorsque cela est possible, une trame indicative des questions à (se) poser à travers un exemple de rapport médical à documenter de façon la plus complète possible avec l'aide du personnel et du médecin qui ont suivi l'enfant. La partie consacrée à l'examen médical est destinée au médecin signataire. Il peut être utile, mais pas toujours possible, de consulter sur place un pédiatre privé en prenant l'attache du consulat ou de l'ambassade.

IDENTITE ET STATUT JURIDIQUE DE L'ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :	
Date de naissance :	
Sexe :	
Lieu de naissance :	
Nationalité :	
Religion éventuelle :	
Nom de l'institution actuelle :	Placé depuis :
Depuis quelle(s) date(s) l'enfant a-t-il été recueilli ?	
<input type="checkbox"/> Par sa famille <input type="checkbox"/> Par une assistante maternelle/famille d'accueil	
<input type="checkbox"/> Par une institution sociale	
<input type="checkbox"/> Par une institution hospitalière (durées de séjour ?)	
Motif de l'adoptabilité ?	
<input type="checkbox"/> Orphelin <input type="checkbox"/> Abandonné <input type="checkbox"/> Retiré à l'autorité parentale	
<input type="checkbox"/> Consentement des parents à l'adoption	
Raison probable du consentement à l'adoption :	

PERIODE PERINATALE

Age de la mère à la naissance de l'enfant :	nombre d'enfants :
Age du père à la naissance de l'enfant :	
La grossesse s'est-elle déroulée normalement ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
État de santé de la mère pendant la grossesse (malnutrition, alcoolisme, toxicomanie, maladie mentale) ?	
Résultats connus de sérologies de la mère (VIH, hépatite B, hépatite C, syphilis, toxoplasmose) ?	
Données concernant le père biologique de l'enfant :	
Consanguinité parentale ?	
L'enfant est-il né à terme (entre 38 et 41 semaines d'absence de règles) ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Si non, prématurité de semaines (<37 semaines à compter du 1 ^{er} jour des dernières règles)	
L'accouchement s'est-il déroulé normalement ?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	
Césarienne ?	
L'enfant a-t-il présenté des signes de souffrance fœtale ?	
Signes d'infection (fièvre maternelle) ?	
L'état de l'enfant a-t-il nécessité des gestes techniques spécialisés (intubation trachéale) ?	
Poids à la naissance :	kg
Taille à la naissance :	cm
Périmètre crânien à la naissance :	cm

ANTECEDENTS MEDICAUX DE L'ENFANT

Où l'enfant a-t-il habité précédemment ?		
<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

Veillez indiquer ci-dessous le nom de(s) (l') institution concernée(s) :

L'enfant a-t-il été malade par le passé ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui, veuillez indiquer l'âge de l'enfant pour chaque maladie et faire mention d'éventuelles complications :

Maladies infantiles ordinaires (coqueluche, rougeole, varicelle, rubéole, oreillons) ?

Tuberculose ?

Convulsions (y compris convulsions fébriles) ?

Autre maladie ?

Maladie contagieuse ?

A-t-il été mal nourri au cours de sa première année de vie ?

A-t-il été maltraité physiquement ? psychologiquement ?

L'enfant a-t-il été vacciné contre les maladies suivantes :

Oui Non Ne sait pas

Tuberculose (BCG) ?

Date du vaccin :

Diphthérie ?

Date du vaccin :

Tétanos ?

Date du vaccin :

Coqueluche ?

Date du vaccin :

Poliomyélite ?

Date du vaccin :

Date des rappels oraux :

Hépatite A ?

Date du vaccin :

Hépatite B ?

Date du vaccin :

Autre vaccin ?

Date du vaccin :

L'enfant a-t-il été soigné à l'hôpital ?

Oui Non Ne sait pas

Si oui, veuillez indiquer l'hôpital, l'âge de l'enfant, le diagnostic et le traitement :

L'enfant a-t-il déjà été opéré ?

Si oui, veuillez indiquer l'hôpital, l'âge de l'enfant et le diagnostic :

Développement physique de l'enfant :

Poids (kg)

à 3 mois : à 6 mois : à 12 mois : à 18 mois : à 24
mois :

Taille (cm)

à 3 mois : à 6 mois : à 12 mois : à 18 mois : à 24
mois :

Périmètre crânien (cm)

à 3 mois : à 6 mois : à 12 mois : à 18 mois : à 24
mois :

Pli cutané (cm)/nutrition

à 3 mois : à 6 mois : à 12 mois : à 18 mois : à 24
mois :

Développement psychomoteur de l'enfant, comportement et capacités (âge moyen indiqué entre parenthèses) :

- à quel âge l'enfant a-t-il été capable de suivre des yeux un visage ou un objet (1-2 mois) ?
- à quel âge a-t-il commencé à sourire en réponse à un sourire ou une autre sollicitation (2-3 mois) ?
- à quel âge a-t-il tenu sa tête (3 mois) ?
- à quel âge a-t-il commencé à babiller, à rire aux éclats (autour du 4^{ème} mois) ?
- à quel âge a-t-il tenu assis sans aide (7-9 mois) ? a-t-il tenu debout avec appui (8-10 mois) ?
- à quel âge a-t-il su prendre un objet et le passer d'une main à l'autre (8-10 mois) ?
- à quel âge a-t-il commencé à répéter des syllabes baba, tata, papa (autour du 9^{ème} mois) ?
- âge du pointage du doigt, jeu du « coucou, le voilà » et autres gestes sociaux (avant 12 mois) ?
- à quel âge a-t-il prononcé ses premiers mots (autour de 18 mois) ?

- à quel âge a-t-il su associer des mots simples, comprendre une consigne simple, nommer une image (autour de 24 mois) ?
- à quel âge a-t-il su faire des phrases courtes (autour de 3 ans) ?
- à quel âge l'enfant a-t-il acquis la propreté de jour (apprentissage progressif au cours de la 2^{ème} année : 22-30 mois), de nuit (autour de 3 ans en moyenne) ?
- à quel âge l'enfant a-t-il su dessiner un rond (3 ans), un carré (4 ans), un triangle (5 ans), un losange (7 ans) ?
- est-il compréhensible dans la langue de son pays d'origine (langage intelligible acquis avant 4 ans)?
- manifeste-t-il des émotions (colère, déception, joie...) adaptées aux situations auxquelles il est confronté ?
- s'intéresse-t-il à ce qui l'entoure ou, au contraire, reste-t-il indifférent, passif ? peut-on capter son attention de façon durable ou existe-t-il une hyperactivité ?
- communique-t-il avec les adultes et les autres enfants (contact social, échanges verbaux, rires) ?
- l'enfant s'est-il bien adapté à sa structure d'accueil ?

EXAMEN MEDICAL DE L'ENFANT

<u>Date de l'examen médical :</u>			
<u>Mensurations :</u>			
POIDS :	kg		DATE
TAILLE :	cm		DATE
PERIMETRE CRANIEN :	cm		DATE
TENSION ARTERIELLE :			DATE
<u>Dépistages sensoriels :</u>			
ACUITE VISUELLE :	œil droit	œil gauche	DATE
ACUITE AUDITIVE :	oreille droite	œil gauche	DATE
Lors de l'examen clinique complet de l'enfant, j'ai constaté les symptômes, déficiences ou anomalies suivants :			
Tête et cou (forme du crâne, fontanelle, hydrocéphalie, craniotabès, thyroïde)			
Bouche et pharynx (fente labiale ou bec-de-lièvre, palais fendu, dents)			
Yeux (strabisme, difformité, infection)			
Oreilles (difformité, infection, écoulement)			
Organes du thorax (auscultation cœur, poumons)			

Ganglions lymphatiques (adénopathies ? localisation ?)
Abdomen (hernie, foie, rate, pouls fémoraux)
Organes génitaux (hypospadias, ectopie testiculaire, excision chez la fille, stade du développement pubertaire éventuel)
Colonne vertébrale (cyphose, scoliose, lordose)
Examen neurologique (motricité globale, motricité symétrique des 4 membres, motricité fine, tonus musculaire, sensibilité, réflexes...)
Extrémités (pied bot varus équin, valgus, spasmodicité, parésie, habileté manuelle)
Peau (eczéma, infections, parasites)
Autres maladies, allergies ? régime alimentaire ?
L'enfant présente-t-il des symptômes de maladies infectieuses ?

DATES ET RESULTATS DES DEPISTAGES

<p>TUBERCULOSE : résultats du test de dépistage fait le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p>
<p>SYPHILIS : résultats du test de dépistage fait le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p>
<p>HEPATITE B :</p> <p>Résultats des tests Ag HBs faits le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif (actualité de l'infection) <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p> <p>Résultats des tests Ac anti-HBs faits le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif (guérison) <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p> <p>Résultats des tests Ag HBe faits le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif (multiplication virale et contagiosité) <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p> <p>Résultats des tests Ac anti-HBe faits le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif (guérison) <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p>
<p>HEPATITE C : résultats des tests faits le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p>
<p>VIH / SIDA : résultats des tests VIH faits le (date) :</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p>
<p>Examen cyto bactériologique des urines ? réactif (aspect, coloration, présence de sucre...) ?</p> <p>Résultats (date) :</p>
<p>Examen des selles (diarrhée, constipation, coloration) ?</p> <p>Examen parasitologique fait (date) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif (identification ?) <input type="checkbox"/> Pas de test fait</p>

