

Questionnaire d'Aide à l'Appariement Accompagnant le Dossier complet d'Adoption pour le Portugal

NOM :

Prénom(s) :

Rappel : ce questionnaire doit être rempli avec l'aide d'un médecin.

Toutes les lignes doivent être renseignées par une croix

Les cases peuvent être vides ou grisées horizontalement ou verticalement.

Les rayures verticales grises indiquent que votre notice doit préciser une ouverture.

(par exemple: particularités soignables et opérables)

Les rayures horizontales grises signifient que vous devez être en possession d'une notice spécifique.

(par exemple: particularités de santé ne mettant pas en danger la vie de l'enfant)



	OUI	NON	PEUT-ETRE
CARACTERISTIQUES de l'ENFANT			
SEXE			
Fille			
Garçon			
Indifférent			
NOMBRE			
un enfant			
fratrie de deux enfants			
fratrie de trois enfants et plus			
AGE			
de 0 à 2 ans			
de 2 à 3 ans			
de 3 à 4 ans			
de 4 à 5 ans			
de 5 à 6 ans			
de 6 à 7 ans			
de 7 à 8 ans			
de 8 ans et plus			
autres (prière d'indiquer l'âge)			
ORIGINE ETHNIQUE			
origine ethnique portugaise			
origine ethnique rom			
origine ethnique métissée			
origine ethnique africaine			
origine ethnique non connue et enfant à la peau claire			
origine ethnique maghrébine			
SITUATION FAMILIALE de l'ENFANT			
Inconnue			
Consommation de drogues chez au moins un des parents			
Consommation d'alcool par le père			
Consommation d'alcool chez la mère hors grossesse de l'enfant concerné			
Mention de prostitution chez au moins un des parents			
Enfant témoin de la prostitution			
Maladie psychique chez la mère (schizophrénie, paranoïa, etc)			
Maladie psychique chez le père (schizophrénie, paranoïa, etc)			
Présence de casier judiciaire chez au moins un des parents			
Retard mental connu d'un des parents			
Enfant issu d'un inceste			
Enfant issu d'un viol			
Enfant séronégatif au VIH de mère séropositive mais non contaminé			
Enfant ayant souffert de malnutrition dans la première année de vie			
Enfant ayant eu des placements à répétition			

	OUI	NON	PEUT-ETRE
Enfant ayant souffert de maltraitance physique			
Enfant ayant souffert de maltraitance psychologique			
Enfant ayant subi des attouchements et / ou abus sexuels			
Enfant ayant vécu un / des échecs de réintégration familiale			
Enfant ayant vécu un échec à l'adoption			
Enfant ayant vécu dans une grande précarité			
Présence d'une fratrie nombreuse et séparation de celle-ci pour l'adoption			
IMPACT DE L'HISTOIRE DE VIE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT			
Antécédents de retard mais rattrapés suite à une prise en charge			
Léger retard de développement psychomoteur			
Retard psychomoteur important			
Retard de langage			
Difficultés d'élocution			
Troubles du langage			
Difficultés de compréhension			
Prise en charge orthophonique			
Dyslexie			
Difficultés d'apprentissage scolaire			
Retard mental léger			
Retard mental important			
Léger retard de développement global			
Important retard de développement global			
Balancement			
Difficultés à créer un lien d'attachement			
Mauvaises relations avec les pairs			
Approches des adultes et des enfants non discriminantes			
Comportement sexualisé			
Troubles du lien d'attachement			
Difficultés du comportement			
Intolérance à la frustration (réactions émotionnelles excessives, opposition, crises de colère)			
Agressivité physique			
Déficit de l'attention			
Hyperactivité			
Troubles obsessionnels compulsifs			
Trouble du sommeil			
Troubles d'identité sexué			
Enurésie			
Encoprésie			
PATHOLOGIES CURABLES ou pour lesquelles il existe UNE PRISE EN CHARGE			
Anémie par carence en fer			
Bronchiolites / Bronchites à répétition			
Pneumonies à répétition			
Asthme			
Dysplasie pulmonaire non invalidante			
Allergies connues (alimentaire, respiratoire, cutanée)			
Eczéma			
Psoriasis			
Rachitisme			
Intolérance au lactose ou au gluten			
ETAT PHYSIQUE DE L'ENFANT à la NAISSANCE et CONDITIONS de NAISSANCE			
Enfant né avant 37ème semaine d'aménorrhée (35ème semaine de grossesse)			
Syndrome de détresse respiratoire à la naissance			
Enfant né avant 32 semaines d'aménorrhée (grande prématurité)			
Poids de naissance à terme < 2,5kg (RCIU)			
Enfant prématuré avec retard de croissance intra utérin (RCIU)			

	OUI	NON	PEUT-ETRE
PEAU de l'ENFANT			
Angiome tubéreux (en relief)			
Hémangiome (angiome rouge à la naissance)			
Grand naevus			
Présence de cicatrice(s) (brûlure, accident, suite à une intervention chirurgicale) non défigurante			
Grande cicatrice (brûlure, accident) sur le corps ou défigurante			
Albinisme			
PROBLEMES DE LA CAVITE BUCCALE			
Fente labiale ou palatine			
Fente labio-palatine simple			
Fente labio-palatine bilatérale			
Déformation du visage			
PROBLEME DE VUE			
Problèmes de vue à corriger avec des lunettes (myopie...) ou par une intervention chirurgicale			
Enfant aveugle d'un œil (borgne) ou malvoyant (cécité partielle)			
Cécité complète			
Nystagmus et / ou ptôsis important (chute d'une paupière supérieure)			
Glaucome congénital			
PROBLEMES D'AUDITION			
Infection des oreilles (par ex. otites chroniques)			
Déficit auditif demandant une aide orthophonique et / ou un appareillage et / ou une opération			
Surdi-mutité (sourd-muet)			
Surdité unilatérale sans mutité			
Surdité bilatérale sans mutité			
Oreille déformée (sans perte d'audition)			
Oreille déformée (avec perte d'audition) ou agénésie du pavillon de l'oreille			
PROBLEMES ORTHOPEDIQUES			
Achondroplasie (nanisme)			
Inégalité des membres supérieurs et / ou inférieurs			
Pied bot varus équin			
Déformation plantaire, nécessitant une intervention réparatrice chirurgicale et/ou prise en charge kiné			
Agénésie ou amputation partielle d'un membre supérieur et / ou inférieur			
Agénésie ou amputation totale d'un membre supérieur et / ou inférieur			
Déformation des orteils			
Déformation du poignet et / ou de la main et / ou des doigts de la main			
Déformation du bras			
Déformation de la jambe et / ou du pied			
Doigts et / ou orteils malformés ou surnuméraires			
Anomalie congénitale de hanche et / ou difficultés à la marche (boiterie)			
Nécessité d'un fauteuil roulant			
Arthrogrypose (flexion/contraction constante des articulations)			
Ostéogénèse imparfaite (fragilité osseuse)			
Cyphose ou scoliose importante			
MALADIES du SANG			
Thalassémie mineure			
Thalassémie intermédiaire			
Thalassémie majeure			
Drépanocytose hétérozygote			
Drépanocytose homozygote			
Déficit en G6PD (favisme)			
Antécédents de leucémie			
MALADIES INFECTIEUSES			
Parasitoses intestinales			
Primo-infection tuberculeuse traitée			
Tuberculose			

	OUI	NON	PEUT-ETRE
Syphilis congénitale traitée chez l'enfant dès la naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B (porteur sain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite C (porteur sain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection par VIH sous trithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES CARDIAQUES			
Souffle cardiaque fonctionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie congénitale simple (CIA, CIV, PCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie congénitale complexe (type tétralogie de Fallot ou autre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie valvulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre malformation cardiaque pouvant nécessiter une intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORGANES INTERNES			
Rétention abdominale des testicules (cryptorchidie) opérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétention abdominale des testicules (cryptorchidie) non opérée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypospadias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovaires atrophiés ou absents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imperforation vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambiguïté sexuelle (hermaphrodisme...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre malformation génitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformation gastro-intestinale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies Inflammatoires Chroniques des Intestins (Crohn...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Hirshprung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant ayant eu un ou plusieurs calculs, sans atteinte de la fonction rénale, demandant un traitement médical ou acte chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la fonction rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie traitée médicalement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète insulino-dépendant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucoviscidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SYSTEME NERVEUX CENTRAL, CRANE ET GENETIQUE			
Antécédents de crise d'épilepsie et / ou convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie installée, traitée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autisme et / ou trouble envahissant du développement (TED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnie / somnambulisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrocéphalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infirmité motrice cérébrale (paralysie cérébrale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paraplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Microcéphalie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spina bifida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myélomeningocèle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurofibromatose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trisomie 21 (syndrome de Down)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adresse :

Date :

Signature(s) :