



Madame, Monsieur,

Afin que L'Envol soit en mesure de proposer un programme sécurisé et le plus adapté à l'état de santé et aux besoins des enfants, merci de bien vouloir compléter ce **DOSSIER MÉDICAL**.

ATTENTION : pour les pathologies **DRÉPANOCYTOSE, HÉMOPHILIE, VIH** et **CARDIOPATHIE**, vous devez remplir en plus une des fiches spécifiques présentes en fin de document.

Ce dossier médical est à retourner complet avec les pièces demandées à :

L'ENVOL
Service Médical
216 Avenue Jean Jaurès
75927 PARIS Cedex 19

Pour tous renseignements complémentaires, n'hésitez pas à contacter :
L'ENVOL - SERVICE MÉDICAL
Téléphone : 06.61.14.43.51 ou 01.81.69.49.72
E-mail : familles@lenvol.asso.fr

IDENTIFICATION MÉDECIN ADRESSEUR :

NOM :	PRÉNOM :
HÔPITAL :	SERVICE :
ADRESSE :	CODE POSTAL :
VILLE :	PAYS :
TEL :	TÉL SECRÉTARIAT :
FAX :	E-MAIL :

Après évaluation de l'enfant _____,

je confirme qu'il/elle est physiquement en mesure de participer aux activités de L'ENVOL en tenant compte des restrictions et précautions signalées ci-dessous.

Date :

Signature et Cachet du médecin :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/_____

Sexe : F / M

Poids : _____

Taille : _____

Histoire de la maladie :

Diagnostic :

Date du diagnostic : ___/___/_____ Date de la dernière rémission : ___/___/_____

Principaux Antécédents (greffe, épilepsie, asthme...) :

Allergies et Réactions :

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations obligatoires ? OUI / NON

L'enfant a-t-il eu la varicelle ? OUI / NON

Traitement :

Merci de joindre la photocopie du traitement ACTUEL

Nom du médicament	Posologie	Fréquence	Horaire	Voie d'administration

Contre-indications médicamenteuses, Allergies médicamenteuses :

L'enfant peut-il recevoir les traitements suivants :

Paracétamol oui / non

Ibuprofène oui / non

Spasfon oui / non

Précautions :

Etat général physique : _____

Difficultés cognitives : _____

Situation psychique : _____

Troubles du comportement : _____

Trouble Sensori-moteur :

Déficit auditif : Oui Non _____

Déficit visuel : Oui Non _____

Déficit moteur : Oui Non _____

Trouble de l'équilibre : Oui Non _____

Résistance diminuée à l'effort : Oui Non _____

Recommandations :

Dispositifs médicaux :

Prothèse interne Oui Non _____

Shunt ventriculo-péritonéal Oui Non _____

Port-A-Cath (PAC) Oui Non _____

Régime alimentaire : Oui Non Lequel ? _____

Coordonnées de la diététicienne référente :

Soins dermatologiques spécifiques : Oui Non

Lesquels ? _____

Précautions spécifiques pour les activités (activités variables selon les dates de séjour) :

Escalade ou accrobranches Oui Non _____

Contact avec les animaux (cheval...) Oui Non _____

Piscine (option très éventuelle à ce jour) Oui Non _____

Merci infiniment d'avoir complété ce dossier médical, nécessaire à une bonne prise en charge par les infirmier(e)s et médecins présents sur nos séjours.

Pièces à joindre :

- Photocopie du **dernier compte rendu d'hospitalisation et/ou de consultation**
- Photocopie de l'**ordonnance médicamenteuse la plus récente**
- Si nécessaire, photocopie des **derniers résultats d'examens biologiques**
- Pour les enfants ayant reçu des anthracyclines : **Résultats de la dernière échographie cardiaque**

Important :

L'enfant doit avoir tous les médicaments et matériels nécessaires pour TOUTE la durée du séjour (soit 5 jours).

C'est-à-dire :

- TOUS les médicaments prescrits,
- Inhalateurs, kit de perfusion...,
- Pommades, collyres...,
- Tout produit spécifique à l'alimentation (produit sans gluten...).

Le service médical de L'ENVOL ne fournit aucun médicament et matériel (à l'exception de médicaments courants pour fièvre, maux de tête, troubles digestifs, etc.) et pansements courants (pour coupure, contusion, etc.).

Les informations recueillies sont nécessaires pour le traitement de votre inscription. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n°UE/2016/679 du 27 avril 2016, vous pouvez demander à accéder aux informations qui vous concernent, pour les faire rectifier, modifier, supprimer, pour en demander la portabilité ou pour vous opposer à leur traitement, en écrivant à contact@lenvol.asso.fr. L'ENVOL s'engage à ne pas communiquer vos coordonnées à des tiers.

FICHE SPÉCIFIQUE DRÉPANOCYTOSE

A remplir uniquement pour les enfants drépanocytaires (2 pages)

L'enfant a-t-il présenté des **COMPLICATIONS** ? oui non

Si oui, merci de préciser lesquelles :	OUI	NON	DATE	COMMENTAIRES
Crises Vaso-Occlusives fréquentes				
Syndrome Thoracique Aigu				
Priapisme				
Accident Vasculaire Cérébral				
Séquestration splénique				
Splénectomie				
Bactériémie / Infection				
Nécrose aseptique				
Lithiase biliaire				
Apnée du sommeil				
Autre				

L'enfant est-il sous **PROGRAMME TRANSFUSIONNEL** ? OUI NON

Si oui, merci de préciser la fréquence : _____

Taux d'Hb pré-transfusionnel : _____

Réactions transfusionnelles : OUI NON

Si oui, merci de préciser le type de réaction et la conduite à tenir en cas de besoin transfusionnel urgent (prémédication, type de produits sanguins) :

L'enfant a-t-il un déficit en **G6PD** associé ? **OUI** **NON**

PROTOCOLE DOULEUR :

	MÉDICAMENT	DOSE	VOIE
DOULEUR LÉGÈRE			
DOULEUR MODÉRÉE			
DOULEUR SÉVÈRE			

Hémoglobine de base : _____

Radiographies Pulmonaire / Osseuse

Date :

Résultat :

FICHE SPÉCIFIQUE HÉMOPHILIE/PTI

A remplir uniquement pour les enfants hémophiles ou thrombopéniques

L'enfant a-t-il présenté des COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser lesquelles :		

PROTOCOLE à suivre en cas de SAIGNEMENT HÉMORRAGIQUE

Merci de compléter impérativement ou de fournir le Protocole de prise en charge

IMPORTANT

**Les enfants thrombopéniques (PTI) devront se présenter à l'accueil du séjour avec
une NFS datant de moins de 5 jours.**

FICHE SPÉCIFIQUE VIH

A remplir uniquement pour les enfants/adolescent(e)s séropositifs pour le VIH

Qu'est-ce que l'enfant/adolescent (e) sait de sa maladie ? _____

Qui dans sa famille (ou son entourage) est au courant ? _____

COMPLICATIONS ?

Oui

Non

Si oui, merci de préciser lesquelles :	OUI	NON	DATE	COMMENTAIRES
Tuberculose				
Infections opportunistes				
Atteinte neurologique				
Co-infection par le VHB				
Autres				

CONTRE-INDICATIONS MEDICAMENTEUSES ? OUI

NON

Lesquels : _____

BIOLOGIE

Derniers résultats sanguins en date du : _____

Charge virale VIH	
Taux Lymphocytes CD4+	
Sérologie Hépatite B (VHB)	
Si sérologie VHB positive, Charge virale VHB	

Merci de joindre au dossier une copie de ces examens biologiques (datant de moins de 6 mois)

FICHE SPÉCIFIQUE CARDIOPATHIE

A remplir uniquement pour les enfants atteint d'une cardiopathie

L'enfant a-t-il déjà subi une chirurgie cardio-pulmonaire ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser	

L'enfant présente-t-il des troubles du rythmes ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser le type et la fréquence	

L'enfant porte-t-il un pace maker ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de pose :	

L'enfant nécessite-t-il un traitement anticoagulant ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser les médicaments interdits :	

Dates et résultats	
Echographie cardiaque	
Test d'effort	
Autre	

Avez-vous des recommandations complémentaires ? _____

