



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**  
**88 boulevard de la Villette**  
**75019 PARIS**

Pour tous renseignements complémentaires, n'hésitez pas à contacter :

**L'ENVOL - SERVICE MÉDICAL**

Téléphone : 07 62 31 33 44 ou 01 81 69 49 72

E-mail : [familles@lenvol.asso.fr](mailto: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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déficit visuel :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déficit moteur :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Trouble de l'équilibre :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Résistance diminuée à l'effort :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**Recommandations :**

**Dispositifs médicaux :**

Prothèse interne	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Shunt ventriculo-péritonéal	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Port-A-Cath (PAC)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

**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](mailto: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 ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_