

## RÉSUMÉ PATIENT PÉDIATRIQUE (RPP)

### IDENTIFICATION DÉCLARATION

N° de déclaration :  Date d'établissement :  (dd/mm/aaaa)  
 Type de déclaration : ☐ Médecin référent  
 Version du résumé patient : ☐ Original ☐ Modification  
 Dépositaire du résumé patient : ☐ Médecin référent  
☐ Autre: à préciser :

### IDENTIFICATION MÉDECIN RÉFÉRENT

Médecin Référent

Code médecin individuel :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

### IDENTIFICATION PATIENT

Nom :  Prénom :   
 Date de naissance :  Suffixe du matricule :  ☐ F ☐ M  
 Autre numéro identifiant :  Type autre identifiant :

### REPRESENTANT LEGAL

Nom :  Prénom :  Tél :

### IDENTIFICATION PERSONNE TIERCE POUR PATIENT

N° SEQ.	Type contact Ex : FA	NOM	Prénom	Téléphone
1				
2				
3				

(N.B. il faut mettre un numéro pour le type de contact et reporter ce numéro dans la liste qui suit)

Libellé	Code	Libellé	Code	Libellé	Code
épouse/époux	EE	ami(e)	AI	curateur	CR
Partenaire	PE	personne de confiance	PC	tuteur	TU
Parent	PT	foyer	FY	médecin traitant	MT
membre de la famille – autre	FA				

## DONNÉES MÉDICALES

### ALLERGIES ET INTOLERANCES:

N° SEQUENTIEL	TYPE	AGENT	SYMPTOME(S) / GRAVITE
1			
2			
3			

### PROBLEMES INACTIFS

N° SEQUENTIEL	TYPE	DESCRIPTION	DATE D'APPARITION PRESUMEE	FIN PRESUMEE
1				
2				
3				

### PROBLEMES PRE- ET PERINATAUX

ACCOUCHEMENT PREMATURE: ☐ Oui ☐ Non TERME DE L'ACCOUCHEMENT:

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	

### PROBLEMES ACTIFS

N° SEQUENTIEL	MALADIE / PROBLEME	*PRISE EN CHARGE PAR :	DATE D'APPARITION PRESUMEE
1			
2			
3			

\* Dans la colonne "Prise en charge par" vous référencez un ou plusieurs médecins traitant en y mettant le numéro de référence du médecin dans la section "Personne tierce pour patient"

### TRAITEMENTS AU LONG COURS

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION	DATE DEBUT PRESUMEE	N° DU PROBLEME ACTIF ASSOCIE
1			
2			
3			

### DISPOSITIFS MEDICAUX (implants, stimulateurs, prothèses, orthèses,...)

N° SEQUENTIEL	DESCRIPTION
1	
2	
3	

### HANDICAP

Bénéficiaire d'allocations sociales majorées pour un handicap ☐ Oui ☐ Non  
Handicap reconnu :  %

## COURBE DE CROISSANCE

TAILLE		POIDS		PERIMETRE CRANIEN (jusqu'à l'âge de 3-4 ans de l'enfant)		BMI (à partir de l'âge de 3-4 ans de l'enfant)	
	P		P		P		

## ENVIRONNEMENT FAMILIAL ET MODE DE VIE

SITUATION DES PARENTS		SI PAS UNIS		MODE DE GARDE					
		Mère	Père						
	Divorcés		Isolée		Isolé		Père		Nourrice
	Séparés		Famille recomposée		Famille recomposée		Mère		Crèche
	Unis						Mère et père		Maison relais/Foyer
	Veuf/Veuve						Familiale		Cantine
						Autre :			
Autre(s) élément(s) important(s):									

## RESUME CARNET VACCINAL

### LES VACCINATIONS DE LA PETITE ENFANCE (0-2 ANS)

VACCIN	ETAT	
Les vaccinations de la petite enfance sont	à jour	pas à jour
ou		
D T aP IPV Hib HepB - Vaccin hexavalent	à jour	pas à jour
D T aP IPV Hib - Vaccin pentavalent	à jour	pas à jour
RV - Rotavirus	à jour	pas à jour
MMRV - Rougeole-Rubéole-Oreillons-Varicelle	à jour	pas à jour
MenC - Méningocoque C	à jour	pas à jour
PCV - Vaccin anti-pneumococcique conjugué	à jour	pas à jour
Le prochain vaccin est vers 5 ans.		

### LES VACCINATIONS DE L'ENFANCE (5-6 ANS)

VACCIN	ETAT	
D T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite	à jour	pas à jour
La prochaine vaccination est à partir de 12 ans.		

### LA VACCINATION DES FILLES A PARTIR DE 12 ANS

VACCIN	ETAT	
HPV - Infections à Papillomavirus (3 injections)		
1ère injection	à jour	pas à jour
2ème injection	à jour	pas à jour
3ème injection	à jour	pas à jour
Pour les filles, le prochain vaccin est vers 15 ans.		

### LES VACCINATIONS DE L'ADOLESCENCE (A PARTIR DE 15 ANS)

VACCIN	ETAT	
Les vaccinations de l'adolescence sont :	à jour	pas à jour
ou		
d T aP IPV - Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite	à jour	pas à jour
HepB - Hépatite B (en l'absence de vaccination antérieure)	à jour	pas à jour
MenC - Méningocoque C (en l'absence de vaccination antérieure)	à jour	pas à jour
Le prochain vaccin est vers 25 ans		

### LES VACCINATIONS POUR NOURRISSON ET ENFANT A RISQUE

VACCIN	ETAT				RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Flu - Grippe saisonnière	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
Autre vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	

#### AUTRES VACCINATIONS

VACCIN	ETAT				RAPPEL RECOMMANDE (ECHEANCE)
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	
Nom du vaccin :	<input type="checkbox"/>	à jour	<input type="checkbox"/>	pas à jour	

#### DISPOSITIONS PERSONNELLES

TYPE	OUI/NON				LIEU DU DEPOT	PERSONNE DE CONFIANCE
Donneur d'organes	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation	
Disposition de fin de vie	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
Directive anticipée	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		
Autre	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non		

Signature auteur du document: