

## 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 référez 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	
	à jour	pas à jour
Les vaccinations de la petite enfance sont		
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	
	à jour	pas à jour
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	
	à jour	pas à jour
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	
	à jour	pas à jour
Les vaccinations de l'adolescence sont :		
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	
Disposition de fin de vie	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation
Directive anticipée	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	
Autre	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	

Signature auteur du document: