

**International School of Ouagadougou
History and Physical Exam Form**

Student Name *Nom de l'élève:* _____ **Male:** ___ **Female:** ___
Date of birth *Date de naissance:* _____ **Current Grade** *Classe:* _____
Current health condition(s) that may require emergency action *Etat actuel de santé qui peut exiger des mesures d'urgence:* _____

Allergies *Allergies:* _____

Physician/ Preferred Clinic *Médecin / Clinique préférée:* _____
Telephone number *Numéro de téléphone :* _____
Does your child have health insurance? If so, what coverage? _____
Votre enfant a-t-il une assurance maladie? Si oui, quelle assurance?

**I. Health Concerns
Problèmes de santé**

Parent/Guardian: Please complete this section. *Parent/ Tuteur: Veuillez remplir cette section .*
Please clearly mark if your child has any of these concerns. *Indiquer des soucis de santé courants de votre enfant.*

Allergies <i>Allergies.—To what?— à quoi ?</i> _____	__yes__no
How does your child react? <i>Comment votre enfant réagit-il ?</i>	
Asthma or breathing problems. <i>Asthme ou problèmes de respiration.</i>	__yes__no
Attention deficit and/or hyperactivity <i>Déficit d'attention et/ou d'hyperactivité</i>	__yes__no
Bladder or bowel problems <i>Problèmes urinaires, digestifs ou de contrôle</i>	__yes__no
Diabetes <i>Diabète</i>	__yes__no
Heart Problems: Activity restrictions? Describe below. <i>Problèmes de coeur : Restriction d'activité ? Decrire ci-dessous.</i>	__yes__no
Hearing problems or frequent ear infections <i>Problèmes d'audition ou d'infections fréquentes</i>	__yes__no
Speech problem <i>Problème d'allocution</i>	__yes__no
Sickle cell disease <i>Anémie à hématies falciforme</i>	__yes__no
Seizures <i>Convulsions</i>	__yes__no
Social/ emotional/ mental health concern <i>Souci de santé sociale/ émotionel/ mental</i>	__yes__no
Vision problems <i>Problèmes de vision</i>	__yes__no
Any recent surgery or hospitalization <i>Toute chirurgie ou hospitalization récente</i>	__yes__no
Other <i>Autre</i>	__yes__no
Explain <i>Expliquer</i>	
Continue on the reverse side <i>continuez au verso</i>	

Vision <i>Vision</i> (check one <i>Cocher</i>)		Hearing <i>Audition</i> (check one <i>Cocher</i>)	
Vision problem <i>problème de vision</i>	yes__no__	Hearing problem <i>problème d'audition</i>	yes__no__
Wears glasses/contacts all the time <i>Porte des lunettes correcteurs / des lentilles tout le temps</i>	yes__no__	Frequent ear infections <i>Infections fréquentes aux oreilles</i>	yes__no__

International School of Ouagadougou History and Physical Exam Form

Student Name *Nom de l'élève:* _____

Wears glasses in class <i>Porte des lunettes ou des lentilles de contact en classe</i>	yes ___ no ___	Has hearing loss <i>Perte d'audition</i> Right—Left---Both ears <i>Oreille droit-- gauche--les deux oreilles ?</i>	yes ___ no ___
Other comments--vision <i>Autres commentaires--vision</i>		Other comments--hearing <i>Autres commentaires--audition</i>	

Medications: List ALL medications that your child takes daily, weekly or when needed. A consent is REQUIRED to administer any medication taken at school, including over the counter medications. A new consent is needed each school year. Forms are available in the health office.
Médicaments. Énumérez TOUS les médicaments que votre enfant prend quotidiennement, hebdomadairement ou si nécessaire. Un consentement EST EXIGE pour administrer n'importe quel médicament pris à l'école, y compris les médicaments non prescrits. Une nouveau consentement est nécessaire chaque année scolaire. Les formulaires sont disponibles à l'administration.

Medication name <i>Nom du médicament</i>	Purpose <i>But médical</i>	Dose <i>Posologie</i>	How often taken? <i>Fréquence d'utilisation?</i>

Dietary restrictions *Restrictions diététiques:*

Attach a copy of your child's immunization record or give the most recent date for the following vaccinations. *Veillez joindre la fiche de vaccination de votre enfant ou donner la date la plus récente des vaccinations suivantes.*

Vaccine <i>Vaccin anti-...</i>	Day/ Mo/Yr <i>Jour/Mois/Année</i>	Vaccine <i>Vaccin anti-...</i>	Day/ Mo/Yr <i>Jour/Mois/Année</i>
Yellow Fever <i>Fievre jaune</i>		*Meningococcal <i>*Méningocoque</i>	
Diphtheria/Pertussis/Tetanus(DPT) (<7 yr) <i>Diphthérique/coqueluche/tétanique(DTcoq)</i>		*Typhoid <i>*typhoïde</i>	
Diphtheria/Tentanus (DT) after age 7 <i>Diphthérique/ tétanique</i>		*Hib (age 4 or under) <i>*haemophilus (moins de 4 ans)</i>	
Polio <i>Polio</i>		*Hepatitis A / <i>hépatite A</i>	
Rubella <i>Rubéole</i>		*Hepatitis B / <i>hépatite B</i>	
Measles <i>Rougeole</i>		*Varicella (or date of chicken pox) <i>*varicelle (ou date de la maladie)</i>	
Mumps <i>Ourlien</i>		BCG/TB vaccine, if given	

Parent's signature: _____

Date: _____

The school intends to share information with staff as needed to ensure your child's safety and school success. Refusing to provide requested information may result in an incomplete health and safety plan for your child. Please contact the school nurse for any concerns regarding the use of this information.

L'école prévoit de partager l'information avec le personnel si nécessaire pour la sécurité de votre enfant et le succès à l'école. Refuser de fournir l'information demandée peut avoir pour conséquence un plan inachevé de santé et de sûreté pour votre enfant. Veuillez contacter l'infirmière de l'école pour toutes questions concernant l'utilisation de ces informations.

**International School of Ouagadougou
History and Physical Exam Form**

Student Name *Nom de l'élève*: _____

II. Physician or Healthcare Provider: Please complete this section or provide a copy of the clinic's physical exam form.

Médecin/ Infirmier traitant: Veuillez remplir cette section ou fournir une copie de la fiche d'examen de la clinique

Examination: Indicate Normal (N) or Abnormal (Ab). Include comments below. <i>Examen :</i> Indiquer normale (N) ou anormal (Ab). Inclure les commentaires ci-dessous.								
	N	Ab		N	Ab		N	Ab
Heart/ circulatory system <i>Cœur/circulation sanguine</i>			Eyes/Ears/Nose <i>Yeux/Oreilles/ Nez</i>			Mouth/Throat/Neck <i>Bouche/Gorge/Cou</i>		
Lungs <i>Poumons</i>			Lymphatic system/ <i>système lymphatique</i>			Orthopedic <i>Orthopédique</i>		
Neurological <i>Neurologique</i>			Abdomen <i>Abdomen</i>			Scoliosis <i>Scoliose</i>		
Genitourinary <i>Génito-urinaire</i>			Hemoglobin <i>Hémoglobine</i>			Urine <i>Urine</i>		
Nutrition <i>Nutrition</i>			Vision <i>Vue</i>			Hearing <i>Audition</i>		
Skin <i>Peau</i>								

Comments—continue on the reverse side as needed. Attach any pertinent lab results.
Commentaires—continuer au verso si c'est nécessaire. Joindre les résultats importants de labo

Measurements *Les Mésures*

Blood pressure <i>Tension artériale</i>	Height <i>Taille</i>	Weight <i>Poids</i>
---	----------------------	---------------------

Is there a condition that may result in an emergency? Specify. *Est-ce qu'il y a une condition qui peut devenir un cas d'urgence? Spécifier.*

Should physical activities be restricted? If yes, explain. *Les activités physiques devraient-elles être restreintes? Si oui, expliquer.*

Is there a condition that may interfere with learning? Specify. *Est-ce qu'il y a une condition qui peut interférer avec les études ou l'apprentissage? Spécifier.*

Physician's Name _____ Signature _____