

ENQUÊTE NATIONALE DE SANTÉ 2016-2017 AUPRÈS DES ÉLÈVES SCOLARISÉS EN CLASSE DE 3^{ème}

Fiche élève

ÉTABLISSEMENT ET INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'ADOLESCENT (voir guide page 1)

Q1 - N° de l'établissement →

Q2 - Département →

Q3 - Code QP →

Q4 - Date de l'examen / / 2 0 A A

Q5 - Présence du carnet de santé Oui Non

Q6 - Sexe Garçon Fille

Q7 - Mois et année de naissance / 2 0 A A

A - SITUATION FAMILIALE DE L'ADOLESCENT (voir guide page 1 et 2)

A1 - Avec qui vis-tu le plus souvent dans la semaine ?

- Avec mes parents
 Avec ma mère et son (sa) conjoint(e) Avec mon père et sa (son) conjoint(e)
 Avec ma mère seule Avec mon père seul
 autre situation, préciser

A2 - Avec combien d'enfant(s) plus âgé(s) que toi vis-tu le plus souvent ? (ne te compte pas)

--	--

A3 - Avec combien d'enfant(s) plus jeune(s) que toi vis-tu le plus souvent ? (ne te compte pas)

--	--

A4 - Quelle est la situation actuelle de tes parents vis-à-vis de l'emploi ?

A4a - Ton père	A4b - Ta mère
<input type="checkbox"/> travaille comme salarié	<input type="checkbox"/> travaille comme salariée
<input type="checkbox"/> travaille à son compte	<input type="checkbox"/> travaille à son compte
<input type="checkbox"/> est au chômage	<input type="checkbox"/> est au chômage
<input type="checkbox"/> Autre situation (au foyer, congé parental, formation, maladie de longue durée, retraite...)	<input type="checkbox"/> Autre situation (au foyer, congé parental, formation, maladie de longue durée, retraite...)
<input type="checkbox"/> Sans objet (décédé, inconnu...)	<input type="checkbox"/> Sans objet (décédée, inconnue...)

A5a - Quelle est la profession de ton père ? (réponse en clair)

.....

A5b - Quelle est la profession de ta mère ? (réponse en clair)

.....

B - DONNÉES STATURO-PONDÉRALES (voir guide page 2 et 3)

	Taille	Poids	
A la naissance	B1 - cm	B2 - gr	B3 - né(e) à terme <input type="checkbox"/> (cocher, si c'est le cas) Si non, semaines d'aménorrhée
Au bilan de la sixième année	B4 - cm	B5 - , kg	B6 - date de l'examen de 6 ans / 20.....
Actuellement	B7 - cm	B8 - , kg	

B9 - A l'issue de cet examen, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

C - DÉPISTAGE VISUEL (voir guide page 3 et 4)

Tous les élèves tirés au sort pour l'enquête doivent être interrogés et dépistés

C1 - Portes-tu des lunettes ou des lentilles correctrices, même occasionnellement ?

- Non Oui, je les ai avec moi pour le dépistage Oui, mais je ne les ai pas avec moi pour le dépistage

C2 - Dépistage visuel (réalisé avec lunettes ou lentilles si l'adolescent en est équipé)

- Évaluation de l'acuité visuelle de loin** Normale Anormale
 Non évaluée (indiquer pour quelle raison)

C3 - A l'issue de ce dépistage, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ?

- Non Oui

D - DÉPISTAGE AUDITIF (voir guide page 4)

D1 - Matériel satisfaisant pour pratiquer l'examen (réalisé à 30 décibels avec audio-vérificateur) Oui Non

D2 - Conditions sonores satisfaisantes pour pratiquer l'examen (absence de bruits) Oui Non

D3 - Conditions médicales satisfaisantes pour pratiquer l'examen (absence de rhume...) Oui Non

D4 - Es-tu équipé(e) d'un appareil auditif ? Oui Non

D5 - Résultat de l'examen (examen pratiqué avec appareil auditif si l'enfant en est équipé) :

Normal (aux fréquences 500 / 1000 / 2000 / 4000 hertz)

Anormal (au moins à l'une des fréquences explorées) :

à 1 oreille aux 2 oreilles

D6 - Si le résultat de l'examen est anormal, quelle en est la raison ?

Un trouble de l'audition déjà diagnostiqué : perte auditive permanente (congénitales ou acquises),

Un trouble temporaire de l'audition (y compris otites à répétition),

Aucune information sur l'origine du problème.

D7 - A l'issue de ce dépistage, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

E - EXAMEN DE SANTE BUCCO-DENTAIRE (voir guide page 4 et 5)

E1 - Au cours des 12 derniers mois, as-tu consulté un dentiste (ou un orthodontiste) ? Oui Non

E2 - L'adolescent a-t-il un appareil dentaire ? (y compris de nuit) Oui Non

E3 - Nombre de dent(s) cariée(s) NON soignée(s)

E4 - Nombre de dent(s) cariée(s) soignée(s)

E5 - A l'issue de cet examen, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ? Non Oui

F - HABITUDES DE VIE (voir guide page 5)

F1 - Combien de fois te brosses-tu les dents ?

Plusieurs fois par jour Une fois par jour Quelques fois par semaine Rarement ou jamais

Habituellement, à quelle heure te couches-tu ...	Habituellement, à quelle heure te lèves-tu ...
F2a - Quand tu as cours le lendemain matin ? <input type="text"/> h <input type="text"/>	F2c - Quand tu as cours le matin <input type="text"/> h <input type="text"/>
F2b - Quand tu n'as PAS cours le lendemain matin ? <input type="text"/> h <input type="text"/>	F2d - Quand tu n'as PAS cours le matin <input type="text"/> h <input type="text"/>

F2e - Au cours des 12 derniers mois, t'est-il arrivé ?

	Jamais	Rarement	Assez souvent	Très souvent
D'avoir des difficultés à t'endormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De te réveiller dans la nuit et d'avoir des difficultés à te rendormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir le sentiment d'être décalé (t'endormir très tard et te réveiller très tard)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'avoir le sentiment de ne pas être reposé après avoir dormi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F3 - As-tu un téléphone portable (avec ou sans accès internet) ? Oui Non

F4a - Combien d'heures par jour en moyenne passes-tu devant un écran de télévision, d'ordinateur pendant ton temps libre (en dehors des vacances) ?

	Aucune	Environ ½ h	Environ 1 h	Environ 2 h	Environ 3 h	Environ 4 h	Plus de 4 h
Les jours de semaine	<input type="checkbox"/>						
Les jours de week-end	<input type="checkbox"/>						

F4b - Combien d'heures par jour en moyenne passes-tu sur une console, un téléphone portable (avec ou sans accès internet) ou une tablette, pendant ton temps libre (en dehors des vacances) ?

	Aucune	Environ ½ h	Environ 1 h	Environ 2 h	Environ 3 h	Environ 4 h	Plus de 4 h
Les jours de semaine	<input type="checkbox"/>						
Les jours de week-end	<input type="checkbox"/>						

F5 - Combien de fois par semaine prends-tu un petit déjeuner ?

- Tous les jours 4, 5, 6 fois par semaine 1, 2, 3 fois par semaine Exceptionnellement ou jamais

F6 - Manges-tu habituellement à la cantine le midi ?

- Oui, tous les jours Oui, quelques fois par semaine Rarement ou jamais

F7 - Pratiques-tu, habituellement, chaque semaine, une ou plusieurs activités sportives (en club ou non) en dehors des cours d'éducation physique et sportive ?

- Oui Non → Si la réponse est « non », poser la question F8 :

F8 - Y-a-t-il une activité que tu pratiques pour tes loisirs, habituellement, chaque semaine, en dehors des cours d'éducation physique et sportive, parmi cette liste : vélo, piscine, danse, gymnastique, patinage, roller, skate, équitation ?

- Oui Non Autre(s) activité(s) citée(s) par l'adolescent(e) (préciser)

G - SANTE RESPIRATOIRE (voir guide page 5 et 6)

G1 - As-tu déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque de ta vie ?

- Non Oui → Si la réponse est « NON », passer directement à la question G6

G2 - As-tu déjà eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque durant les 12 derniers mois ?

- Non Oui → Si la réponse est « NON », passer directement à la question G6

G3 - Combien de fois as-tu eu des crises de sifflements durant les 12 derniers mois ?

- Aucune 1 à 3 fois 4 à 12 fois Plus de 12 fois

G4 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois, en moyenne, ces crises de sifflements t'ont-elles réveillé(e) ?

- Jamais réveillé avec des sifflements Moins d'une nuit/semaine Une ou plusieurs fois/semaine

G5 - Durant les 12 derniers mois, est-il arrivé qu'une crise de sifflements ait été suffisamment grave pour t'empêcher de dire plus de 1 ou 2 mots à la suite ?

- Non Oui

G6 - As-tu déjà eu des crises d'asthme ?

- Non Oui

G7 - Durant les 12 derniers mois, as-tu eu des sifflements dans ta poitrine pendant ou après un effort ?

- Non Oui

G8 - Durant les 12 derniers mois, as-tu eu une toux sèche la nuit, alors que tu n'avais ni rhume, ni infection respiratoire ?

- Non Oui

→ Si la réponse est « OUI » à la question G2 ou « OUI » à la question G6, poser les questions suivantes :

G9 - Durant les 12 derniers mois, as-tu pris des médicaments contre ces crises de sifflements ou d'asthme ?

- Non Oui

G10 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois as-tu vu un médecin ou es-tu allé(e) aux Urgences à l'occasion de crises de sifflements ou d'asthme ?

Nombre de fois

G11 - Durant les 12 derniers mois, combien de fois as-tu été hospitalisé(e) en raison d'une crise de sifflements ou d'asthme ?

Nombre de fois

H. APPRENTISSAGE DE LA NAGE (voir guide page 6)

H1 - Est-ce que tu sais nager ?

EPI : équipement de protection individuelle.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non, pas du tout
<i>(je coule dès que l'on me met dans l'eau)</i> | <input type="checkbox"/> Assez bien
<i>(suffisamment pour aller seul(e) là où je n'ai pas pied, sans bouée, sans EPI et sans aide, et/ou je peux nager seul(e) environ 10 mètres ou une largeur de piscine, sans bouée, sans EPI, sans aide et sans mettre le pied par terre)</i> | <input type="checkbox"/> Très bien
<i>(je peux nager environ 50 mètres ou plus de 2 minutes sans bouée, sans EPI, sans aide, et sans mettre le pied par terre)</i> |
| <input type="checkbox"/> Presque pas
<i>(je ne peux pas aller seul(e) là où je n'ai pas pied sans bouée ou EPI ou aide)</i> | | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas répondre, je n'ai jamais essayé |

i. ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE (voir guide page 6 et 7)

i1 - As-tu eu un accident ou t'es-tu blessé(e)

depuis la fin de la dernière année scolaire (depuis le 1^{er} juillet 2016) ?

Non Oui

Combien d'accidents ?

→ Si OUI, et pour l'accident « le plus grave » :

i2- Était-ce un accident de la circulation ?

Non

Oui, préciser la situation de l'enfant accidenté (voiture, scooter, vélo, piéton, autre)

.....
.....

i3- Qu'est-ce que tu as eu ?

(orienter la réponse pour obtenir une information sur la lésion et la partie lésée)

i4 - Où cet accident s'est-il passé ? (lieu : plusieurs réponses possibles)

Cadre scolaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Voie publique (rue, trottoir, parking)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Terrain de sport ou installation sportive	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Domicile	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Lieu de loisir	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Autre	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

i5 - Quand cet accident est-il survenu ?

Pendant les grandes vacances scolaires (du 11/7 à la rentrée)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Pendant la période scolaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Pendant d'autres vacances scolaires	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Préciser le mois de survenue	<input type="text"/>

i6 - Qu'est-ce que tu faisais ? (activité)

Sport	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Jeux, autres activités de loisir	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Sport organisé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Déplacement	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Quel sport ?		Autres activités, préciser	

i7 - Comment est-ce arrivé (chute, choc, brûlure, coupure, etc.) ? (mécanisme, voir liste)

.....

i8 - Conséquences :

Dans les 48 heures qui ont suivi cet accident, as-tu été limité dans tes activités ? Non Oui limité Oui sévèrement limité

As-tu eu à cette occasion une dispense d'éducation physique et sportive ? Non Oui

Combien de semaines ?

Cet accident a-t-il nécessité un passage aux urgences à l'hôpital ? Non Oui

J - STATUT VACCINAL (voir guide page 8 et 9)

A renseigner EXCLUSIVEMENT à l'aide d'un document de santé, en priorité le carnet de santé.
En l'absence de carnet de santé, indiquer quel document a été utilisé :

Carnet de vaccination Dossier médical scolaire à jour

J1 - Date premier BCG

J J / M M / A A

Pour les questions J2 à J7, nous vous prions de bien vouloir préciser clairement le nom du vaccin utilisé et la date de l'injection.

J2 - Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et Haemophilus influenzae b

a - J J / M M / A A d - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A e - J J / M M / A A
c - J J / M M / A A f - J J / M M / A A

En cas de doute, noms des vaccins disponibles : **Hexavalent** = Infanrixhexa® - **Pentavalents** = Infanrix Polio Hib®, Infanrixquinta®, Infanrixpenta®, Pentavac®, Pentacoq®, Pent-Hibest® - **Tétravalents** = Tétracoq®, DTCP Pasteur®, Infanrix Polio®, Infanrix Tétr®, Tétravac®, Repevax®, Boostrixtetra® - **Trivalent** = DTPolio®, Revaxis - **Haemophilus influenzae b monovalent** = ActHib®

J3 - Hépatite B

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A d - J J / M M / A A

Les vaccins contenant une valence hépatite B sont les suivants : Genhevac B®, Engerix®, HBVaxDNA®, HBVaxPRO®, Infanrixhexa®, Twinrix®

J4 - Rougeole, oreillons, rubéole

a - Rougeole (Rouvax®) J J / M M / A A d - ROR 3 J J / M M / A A
b - ROR 1 J J / M M / A A e - Rubéole (Rudivax®) J J / M M / A A
c - ROR 2 J J / M M / A A

Les vaccins Rougeole/Oreillons/Rubéole sont les suivants : ROR®, RORvax®, Priorix®, M-M-Rvaxpro® - Le vaccin monovalent rougeole = Rouvax® - Le vaccin monovalent rubéole = Rudivax®

J5 - Méningocoque C

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A

Vaccins proposés : Meningitec®, Meninvact®, Menjugate®, Neisvac®, Mencevax®, Menomune®, Menveo®, Nimenrix®

J6 - Papillomavirus Humain

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A

Vaccins proposés : Gardasil®, Cervarix®

J7 - Autres vaccins (contre varicelle, grippe, hépatite A, typhoïde, fièvre jaune etc...)

a - J J / M M / A A c - J J / M M / A A
b - J J / M M / A A d - J J / M M / A A

Les vaccins disponibles sont : Aggripal®, Avaxim®, Bexsero®, Fluarix®, Fluvirine®, Havrix®, Immugrip®, Influvac®, Mutagrip®, Optaflu®, Previgrip®, Rotarix®, Rota Teq®, Stamaril®, Twinrix®, Tyavax®, Typherix®, Typhim VI®, Varilrix®, Varivax® et Vaxigrip®

J8 - A partir de ce que vous savez de la couverture vaccinale de cet adolescent, avez-vous conseillé aux parents de prendre un avis médical complémentaire ?

Non Oui