

4.1.4 Abdomen : Oui ___ Non ___ Dans l'affirmative, décrivez (lésions duodénales, hépatiques, spléniques et rénales, selon leur propre échelle de lésion) :

Lésions intestinales : _____
 Duodénales : _____
 Hépatiques : _____
 Spléniques : _____
 Rénales : _____
 Autres : _____

4.1.5 Extrémités : Oui ___ Non ___ Dans l'affirmative, décrivez :

4.1.6 Externes : Oui ___ Non ___ Dans l'affirmative, décrivez (contusions, abrasions, brûlures des téguments) :

4.1.7 Colonne vertébrale : Oui ___ Non ___ Dans l'affirmative, décrivez (fractures, dislocations et subluxations) et précisez le foyer de la lésion :

4.1.8 Lésion de la moelle épinière : Oui ___ Non ___ Dans l'affirmative, décrivez :

SECTION 5 – TRAITEMENT

5.1 Interventions chirurgicales

Date :	Intervention :
____/____/____	_____
JJ MM AAAA	
____/____/____	_____
JJ MM AAAA	
____/____/____	_____
JJ MM AAAA	
____/____/____	_____
JJ MM AAAA	

SECTION 6 – ISSUE ET COMPLICATIONS

6.1 Quel était l'état du patient après l'incident?

A survécu ___
 Est décédé ___ Date ____/____/____ Cause du décès : _____
 JJ MM AAAA

Si l'enfant est décédé, vous n'avez pas à répondre à d'autres questions; procédez à la section 7.0.

6.2 Déficits neurologiques permanents secondaires à des lésions médullaires : Oui ___ Non ___

Dans l'affirmative, décrivez les déficits : _____

6.3 Autres complications (*précisez*) : _____

6.4 Issue fonctionnelle chez les 0 à 3 ans

Date de l'évaluation : ____/____/____
JJ MM AAAA

Après l'accident, l'enfant a-t-il présenté des changements dans :

- ses habitudes de sommeil? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- ses habitudes alimentaires? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- sa routine quotidienne? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- ses activités motrices? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- des comportements comme les peurs, l'agressivité, la colère? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

6.5 Issue fonctionnelle chez les 4 à 17 ans

Date de l'évaluation : ____/____/____
JJ MM AAAA

Après l'accident, avez-vous remarqué des changements chez l'enfant dans sa capacité :

- de se tenir debout? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de marcher? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de courir? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de monter et de descendre des marches? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de conserver son équilibre? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de se lever ou de s'étendre? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de bouger dans son lit? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- d'aller aux cabinets? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de manger? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de se peigner? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de se laver? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de s'habiller? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de contrôler ses sphincters (continence)? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de comprendre à l'école et dans ses activités quotidiennes? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de parler? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de se concentrer? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- d'écrire? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de tenir des objets? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de transporter des objets? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de voir? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- d'entendre? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- de s'orienter? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- d'être sensible à la lumière? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- d'être sensible au froid ou à la chaleur? Oui ___ Non ___ Inconnu ___
- d'être sensible à la douleur? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.