





**SECTION 2 – MALTRAITANCE ENVERS UN ENFANT (suite)**

- 2.16 Explorations effectuées (cochez toutes les réponses applicables) :
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie de la tête                  | <input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse                       | <input type="checkbox"/> Bilan métabolique des os |
| <input type="checkbox"/> IRM de la tête                                | <input type="checkbox"/> Examen ophtalmologique                      | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____   |
| <input type="checkbox"/> Radiographie crânienne                        | <input type="checkbox"/> Imagerie abdominale                         | _____   |
| <input type="checkbox"/> Examen du squelette<br>(p. ex., radiographie) | <input type="checkbox"/> Dépistage des troubles de<br>la coagulation |   |
- 2.17 Type de violence ou de négligence présumée :  
 Syndrome du bébé secoué  Autre violence physique  Négligence
- 2.18 État de santé au moment du congé (s’il est disponible) :  
 Normal  Séquelles neurologiques (précisez si elles sont bénignes, modérées ou graves) \_\_\_\_\_  
 Enfant décédé
- 2.19 Statut social au moment du congé : Famille d’accueil  Sous la responsabilité de la famille   
 Autre (précisez) \_\_\_\_\_

<p><b>SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR L’AGRESSEUR</b>                  Présumé <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>3.1 Âge (en années) : _____</p> <p>3.2 Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p> <p>3.3 Lien avec le patient : _____</p> <p>3.4 Situation familiale : _____</p> <p>3.5 Niveau d’instruction atteint : _____</p> <p>3.6 Emploi : _____</p> <p>3.7 Antécédents de facteurs de risque                  (cochez toutes les réponses applicables)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abus d’alcool</td> <td><input type="checkbox"/> Abus de drogues</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale</td> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Activité criminelle</td> <td><input type="checkbox"/> Peu de soutien social</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violence conjugale</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> </tr> </table> <p>3.8 Habite avec l’enfant: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Abus d’alcool	<input type="checkbox"/> Abus de drogues	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique	<input type="checkbox"/> Activité criminelle	<input type="checkbox"/> Peu de soutien social	<input type="checkbox"/> Violence conjugale	<input type="checkbox"/> Autre	<p><b>SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LE PRINCIPAL RESPONSABLE DE L’ENFANT, s’il diffère de l’agresseur</b></p> <p>4.1 Âge (en années) : _____</p> <p>4.2 Sexe : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p> <p>4.3 Lien avec le patient : _____</p> <p>4.4 Situation familiale : _____</p> <p>4.5 Niveau d’instruction atteint : _____</p> <p>4.6 Emploi : _____</p> <p>4.7 Antécédents de facteurs de risque                  (cochez toutes les réponses applicables)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Abus d’alcool</td> <td><input type="checkbox"/> Abus de drogues</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale</td> <td><input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Activité criminelle</td> <td><input type="checkbox"/> Peu de soutien social</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Violence conjugale</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> </tr> </table> <p>4.8 Habite avec l’enfant: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<input type="checkbox"/> Abus d’alcool	<input type="checkbox"/> Abus de drogues	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique	<input type="checkbox"/> Activité criminelle	<input type="checkbox"/> Peu de soutien social	<input type="checkbox"/> Violence conjugale	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Abus d’alcool	<input type="checkbox"/> Abus de drogues																
<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique																
<input type="checkbox"/> Activité criminelle	<input type="checkbox"/> Peu de soutien social																
<input type="checkbox"/> Violence conjugale	<input type="checkbox"/> Autre																
<input type="checkbox"/> Abus d’alcool	<input type="checkbox"/> Abus de drogues																
<input type="checkbox"/> Problèmes de santé mentale	<input type="checkbox"/> Problèmes de santé physique																
<input type="checkbox"/> Activité criminelle	<input type="checkbox"/> Peu de soutien social																
<input type="checkbox"/> Violence conjugale	<input type="checkbox"/> Autre																

**SECTION 5 – MÉDECIN DÉCLARANT**

Prénom \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_ Date de complétion \_\_\_\_\_

**Merci d’avoir rempli ce formulaire.**

**Veillez conserver ce rapport dans votre classeur du PCSP. Si vous avez besoin de plus de renseignements ou de clarifications, téléphonez à Sue Bennett, au (613) 737-7600, poste 3626.**