



Livret NéHaVi

Vaccinations - Pathologies - Traitements

N° d'identification : - -



Merci de recueillir dans ce livret NéHaVi toutes les informations médicales concernant votre enfant **au cours d'une année.**

Pensez à emmener ce livret avec vous, au même titre que le carnet de santé de votre enfant à chacune de ses **consultations et/ou hospitalisations** afin de le faire compléter par un médecin. Si cela n'a pu être fait, merci de le compléter vous-même. Votre participation nous est précieuse !

Un **nouveau livret** vous sera envoyé chaque année en même temps que le questionnaire annuel.

Les informations médicales à renseigner sont les suivantes :

- Le tableau VACCINATIONS (page 1) :

⇒ Recenser toutes les vaccinations, que votre enfant devrait avoir pendant une année

- Les tableaux CONSULTATIONS/HOSPITALISATIONS (page 2 à 5)

⇒ Recenser toutes les consultations, hospitalisations, les maladies, et les allergies, que votre enfant pourrait avoir pendant une année.

- Les tableaux TRAITEMENTS (page 6 à 10)

⇒ Recenser tous les traitements, que votre enfant pourrait avoir pendant une année.

Le livret complété au cours de l'année est à renvoyer en même temps que le questionnaire annuel dans l'enveloppe T

TABLEAU DES VACCINATIONS DE L'ENFANT

Type de vaccination (ex : <u>Rougeole....</u>)	Nom du vaccin (ex : <u>Rouvax®</u>)	Date du vaccin	Effets secondaires
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> ₀ Non <input type="checkbox"/> ₁ Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :

TABLEAU DES CONSULTATIONS/HOSPITALISATIONS DE L'ENFANT

Événement	Date de début	Date de fin (hospitalisations)	Médecin	Motif (diarrhée, fièvre, toux...)	Diagnostic du médecin
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	_ _ / _ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....

Événement	Date de début	Date de fin (hospitalisations)	Médecin	Motif (diarrhée, fièvre, toux...)	Diagnostic du médecin
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....

Événement	Date de début	Date de fin (hospitalisations)	Médecin	Motif (diarrhée, fièvre, toux...)	Diagnostic du médecin
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....

Événement	Date de début	Date de fin (hospitalisations)	Médecin	Motif (diarrhée, fièvre, toux...)	Diagnostic du médecin
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....
<input type="checkbox"/> ₁ Consultation <input type="checkbox"/> ₂ Hospitalisation	__/__/____	__/__/____	<input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Autre spécialiste <i>précisez :</i> .....	..... ..... .....	..... ..... .....

TABLEAU DES TRAITEMENTS DE L'ENFANT

Nom du médicament (ex : <u>Efferalgan®</u>)	Date de début	Date de fin	Raison de la prise	Effets secondaires
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :

Nom du médicament (ex : Efferalgan®)	Date de début	Date de fin	Raison de la prise	Effets secondaires
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :

Nom du médicament (ex : Efferalgan®)	Date de début	Date de fin	Raison de la prise	Effets secondaires
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :

Nom du médicament (ex : Efferalgan®)	Date de début	Date de fin	Raison de la prise	Effets secondaires
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :

Nom du médicament (ex : Efferalgan®)	Date de début	Date de fin	Raison de la prise	Effets secondaires
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :
.....	--/--/----	--/--/---- <input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, <i>le(s)quel(s)</i> :