

CAISSE PRIMAIRE CENTRALE D'ASSURANCE MALADIE DE LA REGION PARISIENNE  
**BILANS DE SANTE DE L'ENFANT**

MARIA FLORENCIA 09/77  
 Mme ALAYE Inee  
 36 AV RERNEST PENAN  
 94120 FONTENAY/S/BOIS

BILAN DE: Jan DATE: 10 10 77

CACHET DU CENTRE  
 — C. P. C. A. M. R. P. —  
 CENTRE DE BRANDEVAULT  
 EN L'ENFANT  
 17, rue de la  
 République  
 75013 PARIS

Sexe F  M

Normal	A surveiller	Patho			Normal	A surveiller	Patho	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Système nerveux		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examen de la psychologue
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cavité bucco-pharyngée		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ophtalmologie
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Système lymphatique		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Audiométrie O.R.L.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morphologie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stomatologie
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Téguments et phanères		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poumons
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernies		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil Cardio-vasculaire
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil digestif
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil urinaire
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil génital
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Appareil Ostéo-articulaire
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conditions générales de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalies diverses	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents familiaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constantes biologiques et hématologiques	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédents de l'enfant	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Croissance staturo-pondérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vaccinations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

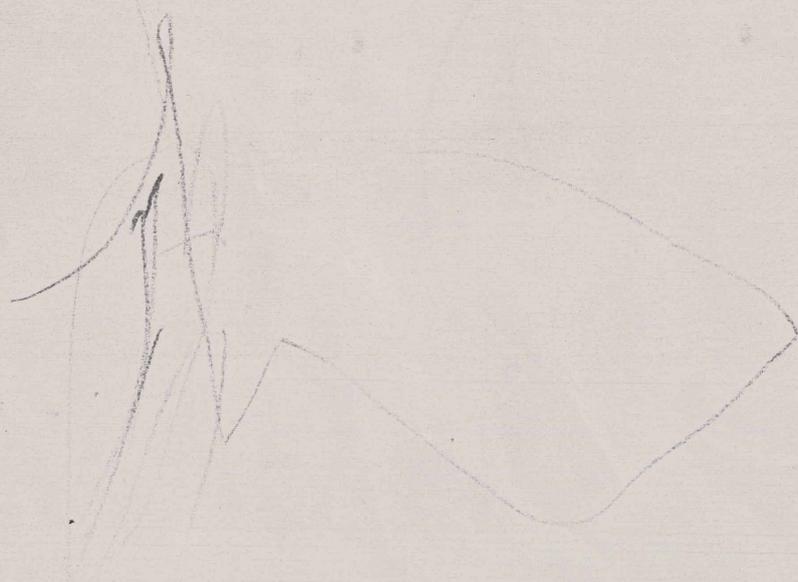
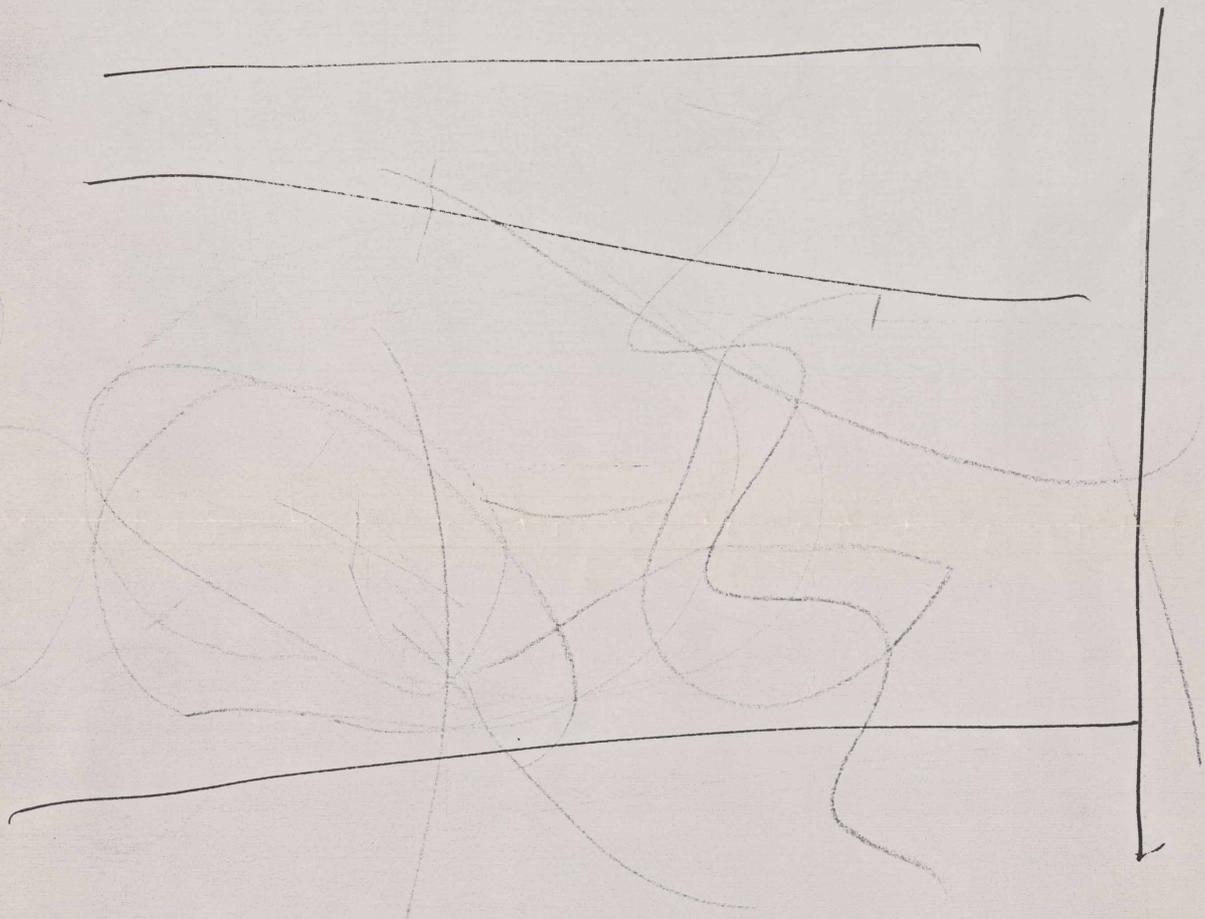
N.B. - Ce compte-rendu n'est que le résumé du bilan très complet passé par l'enfant. L'original ainsi que tous documents médicaux (radios, etc.) sont à la disposition de tout médecin ou spécialiste qui en fera la demande au centre, avec autorisation écrite des parents. (Ecrire à l'adresse ci-dessus).

5-77 TUM 72-12211

1.2.4.583 fs(1 de 2)

1

0



1.2.4.583 fs 2 de 2