

Identification Médecin Prescripteur

PRESCRIPTION MEDICALE DE SEJOUR

(A joindre au dossier d'admission)

Bénéficiaire : Né(e) le : / /

Nécessité d'un séjour climatique d'altitude à l'ESSR La Guisane à Briançon pour réhabilitation respiratoire -
réentraînement à l'effort pour :

- Stage climatique de 3 semaines
- Séjour d'été de 1 mois ou 2 mois (entourer la durée)
- Séjour année scolaire

Fait à : Le : / /

Signature :

QUESTIONNAIRE MEDICAL (A remplir par le médecin prescripteur)

Merci de joindre l'ordonnance de prescription de séjour climatique d'altitude à La Guisane ainsi que les éventuels comptes rendus d'hospitalisation(s) antérieure(s) et les résultats des bilans d'hôpital de jour et/ou des services d'urgence, bilans diet et REPOP

Enfant : **Sexe :** F - M

Date de Naissance : **Tél. Famille :**

Poids : **Taille :** **IMC :**

MOTIF DU SEJOUR :

I – DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

- Hospitalisation(s) : Oui - Non

Si oui, nombre d'hospitalisation (s) :

- Séjour(s) en réanimation : Oui - Non Si oui, nombre de séjour(s)

- Colonisation bactérienne : Oui - Non

- Germes : Oui - Non - Germes :

BMR Identifiés :

Si Asthme :

- Date d'apparition :

- hospitalisation pour crises d'asthme : Oui - Non Nbre

- Séjours en réanimation : Oui - Non Nbre

- Sévérité de l'asthme :

- Persistant léger - Persistant modéré - Persistant sévère

- Nombre de cure de CSO :

Allergies : Oui - Non

Respiratoire :

Alimentaires :

médicamenteuses :

Autres :

PATHOLOGIES ASSOCIEES

Obésité/Surpoids : Oui - Non

- Prise en charge de l'obésité : Oui - Non

- Mode et lieu de prise en charge :

Apnées du sommeil : Oui - Non

VNI : Oui - Non

.....
Autres :
.....

Directrice

Emeline
PETIT

Directrice Adjointe

Ghislaine POLETTI

Médecin Responsable

Dr Jacques LEONARDI

Pédiatre

Dr Sophie GUIBERT

Pneumo-Pédiatre

Dr Bertrand DELAISI

Pédiatre-Allergologue

Dr Thierry BOURRIER
Fondation Lenval

Médecin Généraliste

Dr Chloé LECARPENTIER

Service Infirmier

Service de Kinésithérapie

Psychologue

Diététicienne

Prof. APA

Sophrologue

II – ANTECEDENTS PERSONNELS :

a) Naissance et période néonatale :

- Prématurité : Oui - Non
- terme : Oui - Non
- Détresse respiratoire : Oui - Non
- Si intubation – Ventilation – Durée :
- Dysplasie broncho-pulmonaire : Oui - Non

b). Sur le plan ORL :

- Laryngites : Oui - Non - Otites : Oui - Non
- Sinusites : Oui - Non

c) Antécédents chirurgicaux :

- Amygdalectomie Oui - Non
- Adénoïdectomie : Oui - Non

Autres :

d) Autres Antécédents :

.....

III – BILAN REALISE :

EFR : Oui - Non

Si oui, date de la dernière EFR réalisée :

- Résultats :

.....

Scanner : Oui - Non

- Résultats :

.....

Bilan Radiologique : Oui - Non

- Résultats :

.....

Radio Pulmonaire : Oui - Non

- Résultats

.....

Polygraphie : Oui - Non

- Résultats :

.....

Autres :

.....

Tests cutanés allergologiques et/ou IgE spécifiques : Oui - Non

Si oui date(s) :

- Résultats :

Biologie : NFS : IGE Spécifique : Oui - Non

IV – AUTRES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

- Allergies et évictions alimentaires : Oui - Non
- Si oui, préciser les aliments :

- Allergies Médicamenteuses : Oui - Non
- Si oui, préciser à quel(s) produit(s) :
- Autres Allergies :

- Autres prises en charge : Orthophoniste Kinésithérapeute
 Psychomotricienne Psychologue
- Autre :

- Autre(s) pathologie(s) :

V – TRAITEMENT ACTUEL : (joindre la dernière ordonnance)

-
- Posologie**
-
-
- Immunothérapie spécifique : Oui - Non Date de début du traitement :
- Allergènes :

- Posologie actuelle :

V – ENVIRONNEMENT SOCIO-FAMILIAL (difficultés psychologiques, scolaires, etc.) :

.....
.....
.....

Accompagnements Socio-éducatif :

AEMO : Oui - Non

Educateurs :

MDPH : Oui - Non

Assistante Sociale :

Date :

Cachet et signature :

Adresse mail : @