

## 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, nb d'hospitalisation (s) : .....
- Séjour(s) en réanimation : Oui  - Non  Si oui, nb de séjour(s) : .....
- Colonisation bactérienne : Oui  - Non
- Germes : Oui  - Non  Précisez : .....
- BMR Identifiés : .....
- Si Asthme :
- Date d'apparition : .....
- hospitalisation pour crises d'asthme : Oui  - Non  Nb.....
- Séjours en réanimation : Oui  - Non  Nb.....
- 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 :** .....

**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

**Fonds de dotation « Association LA GUISE »**

**Etablissement de Soins de Suite et de Réadaptation Pneumo-pédiatrique**

Rue de la Croix de Bretagne – VILLARD SAINT PANCRACE – 05100 BRIANCON

Tél. : 04 92 21 00 94 – Fax : 09 92 20 52 34 - Email : contact@asthme-enfant.fr

www.asthme-enfant.fr – Siren: 923 843 494 00025 – NAF: 94.99Z – Finess: 050000298

**Directrice**

Emeline PETIT

**Directrice Adjointe**

Ghislaine POLETTO

**Médecin Responsable**

Dr Jacques LEONARDI

**Pneumo-Pédiatre**

Dr Agnès TOUTAIN-RIGOLET

Dr Bertrand DELAISI

**Pédiatre**

Dr Johana KUCEROVA-SALAUN

**Médecin Généraliste**

Dr Yony BENGUIGUI

**Professeur Pédopsychiatre**

Pr Catherine JOUSSELME

**Service Infirmier**

**Service de Kinésithérapie**

**Psychologue**

**Diététicien**

**Prof. APA**

**Sophrologue**

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  Psychomotricienne  Autre : .....

Kinésithérapeute  Psychologue

- 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

MDPH : Oui  - Non

Educateurs : ..... Assistante Sociale : .....

**Date** : .....

**Cachet et signature** :

**Adresse mail** : .....

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 (entourez la durée)
- Séjour année scolaire
- Les attentes du séjour .....
- .....

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature :