

## 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

Respiratoires : .....

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

**Directrice**  
Emeline PETIT

**Directrice Adjointe**  
Ghislaine POLETTI

**Médecin Responsable**  
Dr Yony BENGUIGUI

**Pneumo-Pédiatre**  
Dr Agnès TOUTAIN-RIGOLET  
Dr Bertrand DELAISI

**Pédiatre**  
Dr Jean-François HASSAN

**Professeur Pédiopsychiatre**  
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 – BILANS REALISES :**

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 (avec posologie) : (joindre la dernière ordonnance)**

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

- 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 (MSSanté) : .....