

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 - NB

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 :

Si Obésité :

- Date d'apparition :
- Prise en charge de l'obésité : Oui - Non
- Mode et lieu de prise en charge :
-
- Troubles endocrinos associés :
-
- Obésité familiale : Oui - Non , qui :

Allergies : Oui - Non

Respiratoires :

Alimentaires :

Médicamenteuses :

Autres :

PATHOLOGIES ASSOCIEES

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

Identification Médecin Prescripteur

PREScription MEDICALE DE SEJOUR

(A joindre OBLIGATOIREMENT 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 :

Seul(e)s les patient(e)s ayant une prescription médicale dûment remplie verront leur demande de séjour analysées en commission d'admission permettant la validation de l'entrée au SSR LA GUISANE.

Conformément à l'INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation