

## 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 ☐

**Directrice**

Emeline PETIT

**Directrice Adjointe**

Ghislaine POLETO

**Médecin Responsable**

Dr Yony BENGUGUI

**Pneumo-Pédiatre**

Dr Agnès TOUTAIN-RIGOLET

**Pédiatre**

Dr Jean-François HASSAN

**Professeur Pédiopsychiatre**

Pr Catherine JOUSSELMÉ

**Service Infirmier**

**Service de Kinésithérapie**

**Psychologue**

**Diététicien**

**Prof. APA**

**Assistante Sociale**

- c) Antécédents chirurgicaux : - Amygdalectomie : Oui ☐ - Non ☐  
 - Adénoïdectomie : Oui ☐ - Non ☐

Autres : .....

d) Autres Antécédents : .....

**III – BILANS REALISES** : (cocher si réalisé et joindre les CR récents et à disposition)

- ☐ EFR - date dernière EFR réalisée et Résultats : .....
- ☐ Scanner - Résultats : .....
- ☐ Bilan Radiologique - Résultats : .....
- ☐ Radio Pulmonaire - Résultats : .....
- ☐ Polygraphie - Résultats : .....
- ☐ Bilan diététicien / Nutritionniste - Résultats : .....
- ☐ Suivi Psychologique et/ou Pédo-psy - Résultats : .....
- ☐ TND - 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** : (cocher si oui)

- ☐ Allergies et évictions alimentaires : A quel(s) aliment(s) : .....
- ☐ Allergies Médicamenteuses : A quel(s) produit(s) : .....
- ☐ Autres Allergies : .....

**Autres prises en charge :**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Orthophoniste    | <input type="checkbox"/> Psychomotricienne | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Psychologue       | <input type="checkbox"/> Orthoptiste    |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....    |  |   |

**Autre(s) pathologie(s) :** .....

**V – TRAITEMENT ACTUEL (avec posologie) : (joindre la dernière ordonnance obligatoirement)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Immunothérapie spécifique : Oui ☐ - Non ☐ Date de début du traitement : .....

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

Accompagnements Socio-éducatif : ☐ AEMO - ☐ MDPH

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

**Date :** .....

**Cachet et signature :**

**Adresse mail (MSSanté) :** .....

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 GUISE.***

*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*