

2 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 :

Si Difficultés Scolaires ou Troubles du Neurodéveloppement :

- Préciser le troubles ou les difficultés :
- Date d'apparition :
- Mode et lieu de prise en charge :
- Troubles associés :
- Troubles visuels et auditifs + corrections :
- Aménagement scolaire (AESH, Classe ULIS, ...) : Oui ☐ - Non ☐
- Préciser les aménagements :

Allergies : (cocher si oui)

- ☐ Respiratoires :
- ☐ Alimentaires et évictions : A quel(s) aliment(s) :
- ☐ Médicamenteuses : A quel(s) produit(s) :
- ☐ Autres Allergies :

Directrice
Emeline PETIT

Directrice Adjointe
Ghislaine POLETO

Médecin Responsable
Dr Yony BENGUIGUI

Pneumo-Pédiatre
Dr Agnès TOUTAIN-RIGOLET

Pédiatre
Dr Jean-François HASSAN

Professeur Pédiopsychiatre
Pr Catherine JOUSSELME

Cadre de Santé

Service Infirmier

Service de Kinésithérapie

Psychologue

Diététicien

Prof. APA

Assistante Sociale

Neuropsychologue

Orthophoniste

Ergothérapeute

Psychomotricien

PATHOLOGIES ASSOCIEESTroubles du sommeil : Oui ☐ - Non ☐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 ☐

- 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 :

- Bilan psychologue scolaire (WISC-V) :

- Bilan ophtalmologique et ORL :

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)**

Autres prises en charge :

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Orthophoniste | ☐ Psychomotricienne | ☐ Ergothérapeute |
| ☐ Kinésithérapeute | ☐ Psychologue | ☐ Orthoptiste |
| ☐ Autre : | ☐ Neuropsychologue | |

Autre(s) pathologie(s) :

Identification Médecin Prescripteur**PRESCRIPTION MEDICALE DE SEJOUR**(A joindre OBLIGATOIREMENT au dossier d'admission)

Bénéficiaire : Né(e) le :/...../.....

Nécessité d'un séjour au SMR La Guisane à Briançon pour :

**Un séjour climatique d'altitude pour réhabilitation
respiratoire - réentraînement à l'effort en :**

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

Des troubles neurodéveloppementaux :

- ☐ Hôpital de jour – TND
- ☐ Hospitalisation complète - TND

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 SMR 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