

QUESTIONNAIRE MEDICAL
(A remplir par le médecin prescripteur)

Merci de joindre les éventuels comptes rendus d'hospitalisation(s) antérieure(s) et les résultats des bilans d'hôpital de jour et/ou des services d'urgence

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de Naissance : Tél. Famille :

Directrice

Emeline GAUCHER

Directrice Adjointe

Ghislaine POLETTI

Médecin Responsable

Dr Jacques LEONARDI

Pneumologue

Coordinatrice

Dr Yasmina BOUAZDIA

Pneumopédiatre-

Allergologue

Dr Agnès BERNARD

Pédiatre-Allergologue

Dr Thierry BOURRIER

Fondation Lenval

Diététicienne

Cristina ORLANDINI

Service Infirmier

Service de Kinésithérapie

I – ANTECEDENTS PERSONNELS :

a) Naissance et période néonatale :

- Prématurité : 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) Autre(s) :

.....

.....

.....

II – DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

Asthme : Oui - Non

Autre pathologie respiratoire : Oui - Non

Si oui laquelle :

1 - Si asthme :

- Date d'apparition :

- Y-a-t-il eu des crises nécessitant une hospitalisation : Oui - Non

- Signaler les séjours en réanimation :

- Sévérité de l'asthme :

- Intermittent

- Persistant léger

- Persistant modéré

- Persistant sévère

- Nombre de crises par an nécessitant une consultation :

2 – Si autre(s) pathologie(s) respiratoire(s) :

- Hospitalisation(s) : Oui - Non Si oui, nombre d'hospitalisation (s) :
- Séjour(s) en réanimation : Oui - Non Si oui, nombre de séjour(s) :
- Colonisation bactérienne : Oui - Non
- Présence de Bactéries Multirésistantes Oui - Non

III – BILAN REALISE :

- EFR : Oui - Non Si oui, date de la dernière EFR réalisée :
- Résultats :
- Tests cutanés allergologiques et/ou RAST : Oui - Non Si oui date(s) :
- Résultats :
- Test à la sueur : Oui - Non Si oui, à quelle date :
- Résultat :

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) :
- Autre(s) pathologie(s) :

V – TRAITEMENT ACTUEL :

-
-
-
-
- Immunothérapie spécifique : Oui - Non Date de début du traitement :
- Allergènes :
- Posologie actuelle :

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

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

Date :

Cachet et signature :

Adresse mail :@