

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 POLETTO

Médecin Responsable
Dr Yony BENGUIGUI

Pneumo-Pédiatre
Dr Agnès TOUTAIN-RIGOLET
Dr Bertrand DELAISI

Pédiatre
Dr Johana KUCEROVA-SALAUN

Professeur Pédopsychiatre
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 : (joindre la dernière ordonnance)

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

Posologie :

.....
.....

- 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) :

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 :