

QUESTIONNAIRE MEDICAL STRICTEMENT CONFIDENTIEL **ADULTE** à l'attention du Dr Jérôme RAFT - médecin ORL et chirurgien

NOM du patient :
 + Nom jeune fille :

Prénom :
 Si la sécu vous a enregistré avec une faute de frappe, précisez le :

Sexe : M - F (entourez) **Poids** : Kg **Taille** : cm
Date de naissance : / /

Ville de Naissance : **Age** : ans

Tél domicile : **Tél mobile** :

Tél mobile conjoint :

Tél pro :

Adresse domicile :

Code Postal :

Ville :

E-mail (utilisé pour les rappels de RDV) :

Utilisation de l'outil Internet dans le foyer : [merci d'entourer]
 Aucune - Débutante - Avancée - Experte

Mon médecin généraliste est le Docteur
cabinet dans la ville de :

Conditions de travail actuelles ou passées : [merci d'entourer]
 - Je (ou j'ai) travaillé dans le **bruit** : non - OUI
 durant heures par semaine depuis années,
 - Je (ou j'ai) travaillé dans la **poussière** : non - OUI précisez :
 - Je (ou j'ai) travaillé dedans ou dehors : Dedans - Dehors
 - Je (ou j'ai) travaillé avec des **toxiques** : non - OUI précisez :
 - Je (ou j'ai) travaillé dans le **nucéaire** : non - OUI
 - Je (ou j'ai) travaillé en **hauteur** : non - OUI précisez :
 - Je (ou j'ai) **condus** beaucoup (troue) : non - OUI précisez :

PRÉCISEZ VOS METIERS (même si vous êtes retraité) :

- Nommez vos métiers exercés longtemps :

- Catégorie professionnelle **actuelle** **ou** **antérieure** si **arrêt d'activité** :
 Ouvrier - Technicien - Ingénieur - Profession indépendante -
 Bureau - Enseignement - Commerce - Restauration -
 Agriculture - Police - Armée - Profession de santé :
- Retraité (n'oubliez pas de noter vos métiers passés).
- Etes-vous Droitier - Gaucher [merci d'entourer]

. L'adresse **E-mail** sera votre **identifiant numérique** pour les RDV dans le cabinet RAFT. Il peut servir à plusieurs personnes d'une même famille. C'est le pilier central de notre fonctionnement numérique. Nous y tenons beaucoup car c'est grâce à cet identifiant que vous pourrez bien sur changer d'adresse E-mail sur votre compte (www.raftorl.fr) mais ne vous connectez pas avec plusieurs adresses E-mail car chaque connexion avec une autre adresse recrée un nouveau compte.

Ce cabinet médical dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes + la télétransmission des feuilles de soins aux caisses de Sécurité Sociale. Les informations recueillies lors de votre consultation feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique réservé à l'usage de votre professionnel de santé. Vous avez un droit d'accès et de rectification.

Allergies : Iode, Latex, Alimentaires, Acariens, Graminées (thume foin), Arbres, Poils d'animaux
 Médicamenteuses (précisez) :

Aucune allergie connue.

Claustrophobie : OUI beaucoup - OUI un peu - non
Anxieux dans la vie : OUI beaucoup - OUI un peu - non

Vos atteintes déjà connues : **ENTOUREZ "OUI" ou "non"**
 Ulcère d'estomac (même ancien) : OUI - non
 Diabète : OUI sans insuline, OUI avec insuline - non
 Hypertension artérielle : OUI - non
 Pausas respiratoires nuit (Apnées) : OUI - non
 Maladies du cœur ou des vaisseaux : OUI - non
 (= trouble du rythme, infarctus, souffle, artérite ...)
 Attaque cérébrale (AVC) :
 Epilepsie :
 Maladies des poumons :
 Colonne vertébrale : OUI arthrose cou (nuque) - non
 OUI scoliose, OUI tassements vertèbres, - non

Œil : OUI aveugle, OUI paralysé, OUI strabisme - non
 OUI glaucome fermé aigu (yeux) - non

Problème de prostate : OUI - non

Antibiotiques reçus par les veines dans votre vie : OUI - non
Problème de thyroïde : OUI - non

Cancer, chimio : organe = OUI - non

Herpès : OUI lèvre, OUI narine - non
Hépatite(s) : OUI précisez la lettre : - non
HIV : OUI précisez - non

Sang coagulant lentement : OUI - non
Long saignement lorsque je me coupe : OUI - non
Gros "bleu" lorsque je me cogne légèrement : OUI - non

Autres particularités, atteintes ou maladies :

Tabac : non - OUI précisez
Autre(s) addiction(s) : non - OUI précisez

La suite est à **COCHER**, courage, vous y êtes presque :

Musique : je joue d'un instrument :

Chant dans une chorale lors des années :

J'ai écouté beaucoup de musique : au casque, en concert.

J'ai déjà effectué une **rééducation orthophonique** de la voix.

J'ai déjà testé un **appareil auditif** :

Sports : glisse, balle, équitation, escrime, VTT, gym
 yoga, plongée sous marine, natation, box, tir,
 lors des années :

Par rapport à mes oreilles, mes **atterrissages en avion** se passent :
 Bien - Difficilement - Atrocement - Ne prend pas l'avion
 Par rapport à mes oreilles, mes **descentes de montagne** se passent :
 Bien - Difficilement - Atrocement

J'ai un ou des animaux :

J'ai récemment pris des antibiotiques ou de la cortisone.

Je prends des médicaments agissant sur le cerveau.

J'ai une préférence nette pour l'homéopathie.

Combien avez-vous d'enfant(s) :

Pour les Femmes : enceinte ? non - douteux - OUI

CSS, C2S, CMTU, ACS, AME : Si vous ne connaissez pas ces abréviations c'est que vous n'y êtes pas inscrit. Si vous y êtes, il faut que nous numérisions votre attestation papier qui la mentionne.

CMTU frontalière car le travail est en Suisse, Allemagne.

ALD : Si vous ne connaissez pas cette abréviation c'est que vous n'y êtes pas inscrit. Si vous êtes en ALD, écrivez nous pour quelle(s) maladie(s) vous y êtes :

Noms des médecins ORL déjà consultés :

aucun.

Je demande au Dr RAFT une estimation du prix que j'aurai à payer. (N'hésitez pas).

"Je certifie que mes réponses, à ce questionnaire médical confidentiel, sont exactes. J'ai bien compris qu'elles serviront à me soigner et me conseiller."

DATE : **SIGNATURE** :

Merci de rapporter ce questionnaire à la secrétaire.