

QUESTIONNAIRE MEDICAL STRICTEMENT CONFIDENTIEL ENFANT à l'attention du Dr Jérôme RAFT - médecin ORL et chirurgien = mineur

NOM du patient (l'enfant) :
Prénom :
Sexe : M - F (entourez) **Poids :** Kg **Taille :** cm
Date de naissance : / / **Age :**
Ville de Naissance :

C'est votre combienième enfant : ème sur

L'enfant vit principalement chez :

ses 2 parents qui vivent ensemble,
 gardé partagée entre la mère et le père qui sont séparés,
 sa mère biologique,
 son père,
 autre :

Quelle personne peut légalement prendre les décisions pour l'enfant:

ses 2 parents ont l'autorité parentale,
 un seul parent a l'autorité parentale : **N O M P r é n o m**
 autre :

Mère biologique :
NOM utilisé :
NOM par alliance :
NOM de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance : **Ville naissance :**
Profession :
Tél domicile : **Tél mobile :**
Tél pro :
Adresse domicile :
Code postal : **Ville :**

Père :
NOM :
Prénom :
Date de naissance : **Ville naissance :**
Profession :
Tél domicile : **Tél mobile :**
Tél pro :
Adresse domicile :
Code postal : **Ville :**

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

Utilisation de l'outil Internet dans le foyer (Parents surtout) :
 (entourez) Aucune - Débutante - Avancée - Experte

Médecin généraliste de l'enfant :
 et/ou Pédiatre :

L'enfant est-il : (entourez) **Droitier - Gaucher**

Allergies : Iode, Latex, Alimentaires, Acariens, Graminées (thème foins), Arbres, Poils d'animaux
Médicamenteuses (précisez) :
 Aucune allergie connue.

Ses atteintes déjà connues : **ENTOUREZ "OUI" ou "non"**

Diabète : OUI sans insuline, OUI avec insuline - non
Maladies du cœur ou des vaisseaux : OUI - non
Maladies des poumons : OUI - non
Epilepsie : OUI - non
Œil : OUI aveugle, OUI paralysé, OUI strabisme - non
 OUI glaucome fermé aigu (yeux) - non
Cancer, chimio : organe = OUI - non
Herpès : OUI lèvre, OUI narine - non
Hépatite(s) : OUI précisez la lettre - non
HIV : OUI précisez - non
Problème coagulation sang : OUI - non
Long saignement lorsqu'il se coupe : OUI - non
Gros "bleu" lorsque il se cogne légèrement : OUI - non
Difficultés d'apprentissage : OUI - non
Autres particularités, atteintes ou maladies :

Chirurgie : végétations, amygdales, oreilles, yoyo

Nom et lien de parenté des autres personnes de votre famille qui ont ou vont être examinées par le Dr RAFT :

NOM Prénom	C'est qui ?

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

Musique : L'enfant joue régulièrement d'un instrument :

L'enfant chante dans une chorale.

L'enfant écoute de la musique au casque.

L'enfant fréquente des lieux de découverte de musique amplifiée.

L'enfant a (ou va) effectué une **rééducation orthophonique**.
 chez
Sports : glisse, balle, équitation, escrime, VTT, gym
 yoga, plongée sous marine, natation, box, tir,
 lors des années :

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

L'enfant touche un ou des animaux. Lesquels :

L'enfant a récemment pris des antibiotiques ou de la cortisone

Les parents ont une préférence nette pour l'homéopathie.

CSS, C2S, CMU, 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.
 CMU frontalière car le travail est en Suisse, Allemagne.
 ALD : Si vous ne connaissez pas cette abréviation c'est que l'enfant n'y est pas inscrit. Si l'enfant est en ALD, écrivez nous pour quelle(s) maladie(s) il y est :

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, NOM Prénom, père-mère de l'enfant, que mes réponses, à ce questionnaire médical confidentiel, sont exactes. J'ai bien compris qu'elles serviront à soigner et conseiller l'enfant apporté."

DATE : **SIGNATURE :**

Merci de rapporter ce questionnaire à la secrétaire.

L'adresse **E-mail sera votre identifiant numérique** 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 nous donner des nouvelles sur l'évolution de votre problème par www.raftorl.fr

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.