

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

**ENFANT**  
= 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,  
 garde 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 : **NOM Prénom**  
 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 (rhume foin), 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 d'écoute 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 souvent 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](http://www.raftorl.fr)  
 . Vous pourrez bien sur changer d'adresse E-mail sur votre compte ([www.raftorl.fr](http://www.raftorl.fr)) mais ne vous connectez pas avec plusieurs adresses E-mail car chaque connexion avec une autre adresse recrée un nouveau compte.