

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 : 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 (rhume foin), Arbres, Poils d'animaux
 Médicamenteuses (précisez) :
 Aucune allergie connue.

Ses atteintes déjà connues, ENTOUREZ : QUI ou NON
 Diabète : OUI sans insuline, OUI avec insuline - non
 Maladies du cœur ou des vaisseaux : OUI - non
 Maladies des poumons :
 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
 Hémophilie, Willebrand, Leiden (facteur V)...
 Long saignement lorsqu'il se coupe : OUI - non
 Gros "bleu" lorsqu'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 ?

. 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.rafforl.fr
 . Vous pourrez bien sur changer d'adresse E-mail sur votre compte (www.rafforl.fr) mais ne vous connectez pas avec plusieurs adresses E-mail car chaque connexion avec une autre adresse recrée un nouveau compte.

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, boxe, 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 :