

# 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 identité un peu différente précisez le : .....  
 Sexe : M - F (entourez) Poids : ..... Kg Taille : ..... cm  
 Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : ..... ans  
 Ville de Naissance : .....  
 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 nucléaire : non - OUI  
 - Je (ou j'ai) travaillé en hauteur : non - OUI précisez : .....  
 - Je (ou j'ai) conduis.t beaucoup (route) : 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]

Allergies : Iode, Latex, Alimentaires, Acariens,  
 Graminées (rhumus 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 = .....  
 Herpès : OUI lèvre, OUI narine - non  
 Hépatites(s) : ..... OUI précisez la lettre ..... - non  
 HIV : OUI précisez ..... - non  
 Problème coagulation sang : OUI - non

Hémophilie,  Willebrand,  Leiden (facteur V)...  
 Long saignement lorsque je me coupe : OUI - non  
 Gros "bleu" lorsque je me cogne légèrement : OUI - non  
**Autres particularités, atteintes ou maladies :**

**Chirurgie :**  végétations,  amygdales,  oreilles, oyo  
 respiration nasale,  infections sinus,  corde vocale  
 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** 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 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.

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,  boxe,  tir,  
 ..... lors des années : .....  
 . Par rapport à mes oreilles, mes **aterrissages 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

Je suis sous Curatelle ou Tutelle donc je ne peux pas payer.  
 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 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 : .....

Le Dr RAFT va revenir vers vous.

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.

Cher Patient, créez-vous dès maintenant un accès à votre carnet de santé Internet, qui existe déjà, par l'application smartphone **MonEspaceSanté**

Vous gagnerez du temps lors de votre RDV. Ainsi nous pourrions parler directement de votre santé. Vous serez très content d'avoir pu anticiper.

Attention, les examens, que le Dr RAFT pratique, n'ont aucun sens si vous êtes grippé.

*Le Dr RAFT vous verra le nombre de fois qu'il sera nécessaire en s'adaptant à vous.*

*Afin de continuer à optimiser votre nombre de RDV, vous pouvez remplir la présente fiche à l'avance, surtout pour les demandes qui comportent beaucoup d'explications de votre part. C'est généralement utile, pour vos demandes de RDV vis-à-vis d'un nouveau problème à voir avec le Dr RAFT.*

## Vos OBJECTIFS

### Type de consultation demandée :

Merci de cocher une ou plusieurs cases.

- traiter un problème ponctuel,
  - traiter un problème récurrent,
  - demande de conseils,
  - besoin de se rassurer,
  - aucune idée, je ne me plains de rien, je viens à la demande d'un professionnel de santé,
  - remplir un certificat médical, une attestation...
  - demande de 2ème avis médical,
  - reprise du suivi médical  
(déménagement, changement de médecin ORL),
  - dépannage exceptionnel, mon médecin ORL habituel n'est pas disponible,
  - réaliser un bilan auditif,
  - montrer un examen radiologique,
  - discuter des options d'une éventuelle opération chirurgicale,
  - discuter d'un éventuel appareillage auditif,
  - consultation de suivi,
  - besoin de s'exprimer beaucoup :
    - pour décrire une souffrance,
    - pour expliquer une incompréhension avec un professionnel de santé,
  - consultation de synthèse récapitulative,
  - autre(s) : ...
- Apportez :**
1. Vos médicaments déjà pris : noms, doses, dates.
  2. Vos comptes-rendus de chirurgies ORL : dates, noms.
  3. Vos audiogrammes réalisés ailleurs.
  4. Vos radios ORL et crânes : images, les comptes rendus.
  5. Le smartphone où est installé l'application **MonEspaceSanté** du patient. Il faudra y avoir accès durant la consultation. Vous aurez beaucoup plus de possibilités que par le site web.
  6. Votre carte vitale à jour (impératif sinon le RDV sera décalé)
    - Nous vous expliquerons largement pourquoi.
- + Attestation Sécu ou équivalent. (La seule attestation ne suffit pas.)

## Votre HISTORIQUE

**Décrivez avec encore plus de détails tout ce que vous ressentez d'anormal.**

**Rajoutez une page si besoin :**

Vis-à-vis des motifs de consultation.

Juste sous forme de tirets.

Commencez par ce qui vous gêne le plus.

EVITEZ les termes médicaux,

Décrivez plutôt avec vos mots à vous ce que vous ressentez : par exemple oreille ou nez douloureux, bouché, qui coule, couleur... Localisation précise, coté...

Les mots QUAND - QUOI - OÙ peuvent aider votre réflexion :

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

Si vous avez déjà un vrai diagnostic précis :

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

## Votre EVOLUTION

**Vous ressentez votre problème depuis combien de temps :**

- moins de 3 jours = Très urgent
- moins de 15 jours = Urgent
- moins de 2 mois
- plus de 2 mois

Si vous pouvez préciser + : .....

vous ne savez pas

problème déjà suivi par Dr RAFT

- Apparition :  progressive,  brutale.

- Je ressens mon problème généralement :

•  chaque jour,  certains jours

• Dans une journée de 24h :  en permanence,

par moment.

au réveil,  matinée,  midi,  après-midi,  soir,  nuit.

cela peut arriver quasiment à tout moment.

Dossier de (patient à examiner) :

. NOM : .....

. Prénom : .....

. Date naissance : .....

. Téléphone à appeler en 1<sup>er</sup> : .....

. Téléphone à appeler en 2<sup>ème</sup> : .....

. E-mail classique : .....

. + Accédez à l'application MonEspaceSanté et allez à l'onglet « Messages » en bas de l'écran.

→ **Recopiez sur ce papier la nouvelle adresse de messagerie sécurisée médicale spécifique au compte national MonEspaceSanté du patient** (les enfants en ont une à eux) :

DATE :

SIGNATURE :