

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 :

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 :

C'est votre combienème 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 :
 Adresse domicile :
 Code postal : Ville :

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

DATE :

SIGNATURE :

E-mail (utilisé pour les rappels de RDV) :		La suite est à COCHER, courage, vous y êtes presque :	
		<input type="checkbox"/> Musique : L'enfant joue régulièrement d'un instrument :	
		<input type="checkbox"/> L'enfant chante dans une chorale.	
		<input type="checkbox"/> L'enfant écoute de la musique au casque.	
		<input type="checkbox"/> L'enfant fréquente des lieux découte de musique amplifiée.	
		<input type="checkbox"/> L'enfant a (ou va) effectué une rééducation orthophonique.	
L'enfant est-il : (entourez) Droitier - Gaucher		<input type="checkbox"/> Sports : <input type="checkbox"/> glisse, <input type="checkbox"/> balle, <input type="checkbox"/> équitation, <input type="checkbox"/> escrime, <input type="checkbox"/> VTT, <input type="checkbox"/> gym	
		<input type="checkbox"/> yoga, <input type="checkbox"/> plongée sous marine, <input type="checkbox"/> natation, <input type="checkbox"/> boxe, <input type="checkbox"/> tir,	
		<input type="checkbox"/> ... lors des années :	
		<input type="checkbox"/> Par rapport à ses oreilles, ses atterrissages en avion se passent :	
		<input type="checkbox"/> Bien - Difficilement - Atrociement - Ne prend pas l'avion	
		<input type="checkbox"/> Par rapport à ses oreilles, ses descentes de montagne se passent :	
		<input type="checkbox"/> Bien - Difficilement - Atrociement	
C'est votre combienème enfant : ème sur		<input type="checkbox"/> L'enfant touche souvent un ou des animaux. Lesquels :	
		<input type="checkbox"/> L'enfant a récemment pris des antibiotiques ou de la cortisone	
		<input type="checkbox"/> Les parents ont une préférence nette pour l'homéopathie.	
Allergies : Iode, Latex, Alimentaires, Acariens, Graminées (rhume foins), Arbres, Poils d'animaux Médicamenteuses (précisez) :		<input type="checkbox"/> CSS, <input type="checkbox"/> C2S, <input type="checkbox"/> CMU, <input type="checkbox"/> ACS, <input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> Aucune allergie connue.		<input type="checkbox"/> CMU frontalière car le travail est en <input type="checkbox"/> Suisse, <input type="checkbox"/> Allemagne.	
Ses atteintes déjà connues, ENTOUREZ : (OU) ou (NON)		<input type="checkbox"/> ALD : si vous NE connaissez PAS cette abréviation c'est que l'enfant ny est pas inscrit. Si l'enfant est en ALD, écrivez-nous pour quelle(s) maladie(s) il y est :	
Diabète :		<input type="checkbox"/> OUI sans insulin, OUI avec insulin - non	
Maladies du cœur ou des vaisseaux :		<input type="checkbox"/> OUI - non	
Maladies des poumons :		<input type="checkbox"/> OUI - non	
Epilepsie :		<input type="checkbox"/> OUI - non	
Oeil : <input type="checkbox"/> OUI aveugle, OUI paralysé, OUI strabisme - non		<input type="checkbox"/> OUI glaucome fermé aigu (yeux) - non	
Cancer, chimio : organe =		<input type="checkbox"/> OUI - non	
Herpès :		<input type="checkbox"/> OUI lèvre. OUI narine - non	
Hépatite(s) :		<input type="checkbox"/> OUI précisez la lettre - non	
HIV :		<input type="checkbox"/> OUI précisez - non	
Problème coagulation sang :		<input type="checkbox"/> OUI - non	
<input type="checkbox"/> Hémophilie, <input type="checkbox"/> Willebrand, <input type="checkbox"/> Leiden (facteur Y)...		<input type="checkbox"/> Long saignement lorsqu'il se coupe :	
		<input type="checkbox"/> OUI - non	
Gros "bleu" lorsqu'il se cogne légèrement :		<input type="checkbox"/> OUI - non	
Difficultés d'apprentissage :		<input type="checkbox"/> OUI - non	
Autres particularités, atteintes ou maladies :		<input type="checkbox"/> Noms des médecins ORL déjà consultés :	
		<input type="checkbox"/> aucun.	
Chirurgie : <input type="checkbox"/> végétations, <input type="checkbox"/> amygdales, <input type="checkbox"/> oreilles, <input type="checkbox"/> yoyo		Je demande au Dr RAFT une estimation du prix que j'aurai à payer. (N'hésitez pas).	
Nom et lien de parenté des autres personnes de votre famille qui ont ou vont être examinées par le Dr RAFT :		<i>"Je certifie, NOM Prénom, père - mère de l'enfant, nom médical confidentiel, sont exactes. J'ai bien compris qu'elles serviront à soigner et conseiller l'enfant apporé."</i>	
<input type="checkbox"/> 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.raffori.fr
 Vous pourrez bien sûr changer d'adresse E-mail sur votre compte (www.raffori.fr) mais ne vous connectez pas avec plusieurs adresses E-mail car chaque connexion avec une autre adresse recrée un nouveau compte.

Le 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 reçues 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.

RH

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 pourrons 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 cochez 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
- 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 douloreux, bouché, qui coule, couleur... Localisation précise, côté...

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

- 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^{er} :

Téléphone à appeler en 2^{ème} :

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 :

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^{er} :

Téléphone à appeler en 2^{ème} :

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 :

Ce cabinet dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à assurer la facturation des actes et 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.