

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 :

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 lèvres, 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 :

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 :

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 ?

PRECISEZ 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 Droïtier - Gaucher [merci d'entourer]

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 ?

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 :

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
 . 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.

Le Dr RAFT va revenir vers vous.

