

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 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 :

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 Droitier - Gaucher [merci d'entourer]

Allergies : Iode, Latex, Alimentaires, Acariens,
Graminées (rhume 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
Hernie HIATALE de l'estomac : OUI - non
Diabète : OUI sans insuline, OUI avec insuline - non
Hypertension artérielle : OUI - non
Pauses respiratoires nuit (Apnées) : OUI - non
Maladies du cœur ou des vaisseaux : OUI - non
(= □ trouble du rythme, □ infarctus, □ souffle, □ artérite ...)

Attaque cérébrale (AVC) : OUI - non
Épilepsie : OUI - non
Maladies des poumons : OUI - non
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

Antibiotiques reçus par les veines dans votre vie : OUI - non
Problème de thyroïde : OUI - non
Cancer, chimio : organe = OUI - non
Herpès : OUI lèvres, OUI narine - non
Hépatite(s) : OUI précisez la lettre - non
HIV : OUI précisez OUI - non
Problème coagulation sang : OUI - non
□ Hémothilie, □ Willebrand, □ Leiden (facteur V)...
Long saignement lorsque je me coupe : OUI - non
Otospongiose dans la famille : OUI - non
Autres particularités, atteintes ou maladies :

Chirurgie : □ végétations, □ amygdales, □ oreilles, □ yoyo
□ 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 afterrissages 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 numérions 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.

Le tarif de chaque RDV est de 150 €
Je demande au Dr RAFT une estimation de la base de remboursement. 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 :

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 « **MonEspaceSanté** », qui existe déjà, par l'**application** smartphone ou le **site www** 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, ☐ essentiellement 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) : ... Votre EVOLUTION Vous ressentez votre problème de santé 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. Précisez la temporalité :
--