

<b>Le Futur Antérieur</b> Route de Chalvet 05200 EMBRUN	<b>DPA</b>	<b>EN_3_6</b>  Page 1/3
<b>Questionnaire médical</b>		

*Le Futur Antérieur*

Etablissement de Soins Psychiatriques pour Adolescents

Route de Chalvet – 05200 EMBRUN

☎ : 04.92.43.00.71

☎ : 04.92.43.54.36

E-mail : [contact@le-futur-antérieur.fr](mailto:contact@le-futur-antérieur.fr)

Site Internet : le-futur-antérieur.fr

**Document à remplir par le médecin traitant déclaré puis à faire parvenir au médecin psychiatre qui adresse le dossier au Futur Antérieur**

Nom : .....	Prénom : .....	Date de naissance : .....
Taille : .....	Poids : .....	Sexe : .....

**ETAT GENERAL**

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| - Dentaire :            | - Ophtalmologique : |
| - Somatologique :       | - Gynécologique :   |
| - Appareil Locomoteur : |                     |

**ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES**

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| - Pulmonaires :    | - Cardio-vasculaires : |
| - Rhinopharyngés : | - Urologiques :        |
| - Digestifs :      | - Neurologiques :      |
| - Autres :         |                        |

**MALADIES INFANTILES**

- |            |     |     |
|------------|-----|-----|
| Rougeole   | oui | non |
| Scarlatine | oui | non |
| Coqueluche | oui | non |
| Rubéole    | oui | non |
| Varicelle  | oui | non |
| Oreillons  | oui | non |
| Autres :   |     |     |

**DATES VACCINATIONS**

- DT POLIO : .....
- HEPATITE B : .....
- B.C.G. : .....
- Dernier test tuberculinique : .....
- Rougeole Oreillons Rubéole : .....
- Autres :

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

- Père : .....
- Mère : .....
- Fratrie : .....

**Questionnaire médical**

**ALLERGIES ET INTOLERANCES (y compris alimentaires et médicamenteuses)**

.....  
.....

**REGIME ALIMENTAIRE**

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

**TRAITEMENT EN COURS**

.....  
.....

**MOTIF DU SEJOUR AU FUTUR ANTERIEUR**

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

**COMMENTAIRES DU MEDECIN**

.....  
.....

**COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT**

Docteur.....  
.....  
.....  
.....

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature et cachet



**Le Futur Antérieur**  
Route de Chalvet  
05200 EMBRUN

**DPA**

**EN\_3\_6**

Page 3/3

**Questionnaire médical**

**CERTIFICAT DE NON - CONTAGION**

Je soussigné Dr .....

certifie que l'enfant : .....

ne présente pas de maladie contagieuse actuellement décelable cliniquement.

Fait le ..... à  
Signature et cachet