

Questionnaire médical

Etablissement de Soins Psychiatriques pour Adolescents

Le Futur Antérieur

Route de Chalvet – 05200 EMBRUN

☎ : 04.92.43.00.71

☎ : 04.92.43.54.36

E-mail : contact@le-futur-antérieur.fr

Site Internet : le-futur-antérieur.fr

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 :
- Somatologique :
- Appareil Locomoteur :
- Ophtalmologique :
- Gynécologique :

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

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

MALADIES INFANTILES

Rougeole	oui	non
Scarlatine	oui	non
Coqueluche	oui	non
Rubéole	oui	non
Varicelle	oui	non
Oreillons	oui	non

DATES VACCINATIONS

DT POLIO :

HEPATITE B :

B.C.G. :

Dernier test tuberculinique :

Rougeole Oreillons Rubéole :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Père :

Mère :

Fratric :

ALLERGIES ET INTOLERANCES

.....
.....

