

<b>Le Futur Antérieur</b> Route de Chalvet 05200 EMBRUN	<h1>DPA</h1>	<h1>EN_3_8</h1>  Page 1/2
<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](http://le-futur-antérieur.fr)

Adresse mail sécurisée : [lefuturantérieur@enovacom.mssante.fr](mailto:lefuturantérieur@enovacom.mssante.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 VACCINATION OBLIGATOIRE

DT POLIO : .....

**Questionnaire médical**

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

Père : ..... Fratrie : .....

Mère : ..... Autres : .....

**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.....  
.....  
.....

**Adresse mail sécurisée MS SANTE :** .....

Fait à ..... le .....

Signature et cachet