

Questionnaire médical enfant

Veuillez remplir **complètement** et soigneusement ce questionnaire afin que nous puissions mieux soigner votre enfant. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Si vous bénéficiez de la **C2S** ou de l'**AME** vous devrez **obligatoirement** présenter une attestation papier à jour. Sans quoi la consultation pourra être reportée.

NOM : NOM et prénom de la mère :
Prénom : NOM et prénom du père :
Date de naissance : Téléphone de la mère :
Adresse : Téléphone du père :
CP : Ville : Adresse e-mail :

Caisse primaire : Mutuelle :
Coordonnées du médecin traitant (Pédiatre):

Naissance :

Si votre enfant à moins de 3 ans, merci de préciser : Né à terme
 Prématuré à SA + avec un poids de naissance de kg
 Difficultés :

Antécédents :

Ophtalmologiques :

Port de lunettes depuis l'âge de an.s
 Suivi orthoptique depuis l'âge de an.s
Nom de l'orthoptiste :
.....

Amblyopie
 Glaucome
 Cataracte
 Kératocône
 Strabisme
 Daltonisme

Généraux :

Diabète
 Asthme
 Convulsions
 Eczéma
 Terrain allergique-atopie

 Autre :

Familiaux : *Merci de préciser qui par rapport à l'enfant*

Glaucome
 Kératocône
 Strabisme
 Décollement de rétine
 Daltonisme

Hypermétropie
 Myopie
 Astigmatisme
 Autre :

A-t-il été opéré ? *Merci de préciser l'année*

Des yeux :

Strabisme
 Cataracte
 Autre :

Hors ophtalmologie : Précisez

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

A-t-il des allergies ou intolérances ? Oui Non

Si oui, indiquez lesquelles :

A-t-il un ou des traitements en cours ? Oui Non

Si oui, indiquez lesquels (nom des médicaments) :

En signant la présente, je reconnais avoir été informé.e de la réglementation RGPD et déclare y consentir.

Fait à :

Date :

Signature :