

FICHE DE LIAISON MEDICALE

(Fiche à renseigner impérativement de préférence
par le médecin qui prescrit la cure)

Nom : Prénom : Sexe :

Date de naissance :

Poids : Taille :

ANTECEDENTS ORL (Préciser l'année) : **AUTRES ANTECEDENTS MEDICAUX**

Rougeole	
Varicelle	
Rubéole	
Scarlatine	
Oreillons	
Asthme	
Autres	

Antécédents chirurgicaux : (Préciser l'année)

Végétations : Amygdales :
Drains trans tympaniques (Yoyo) :
Tympanoplastie (greffe de tympans) :
Autre :

Signaler :

Les hospitalisations récentes :
Pour des crises d'asthme, combien dans l'année :
Votre asthme est-il stabilisé ? OUI NON

Votre enfant présente-t-il des allergies ?

Alimentaires OUI NON

Si Oui, lesquels ?.....

Médicamenteuses OUI NON

Si Oui, lesquels ?.....

Environnementales OUI NON

Si Oui, lesquels ?.....

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON

Si Oui, lesquels ? sans porc sans viande autre (préciser) :

Traitements en cours : (fournir obligatoirement l'ordonnance)

-
-
-
-
-

Si votre enfant prend un traitement, vous **devez obligatoirement** nous fournir l'ordonnance des traitements médicamenteux **une semaine avant le début de la cure**, ainsi que le protocole individualisé en cas de crise de votre enfant. Cette obligation s'applique à tous les traitements en cours même ceux chroniques de type ventoline®.

AFFECTIONS EN LIEN AVEC LA CURE

Rhino-pharyngite	
Asthme	
Bronchites	
Otites	
Sinusites	

indiquez la fréquence : (0) - (+) - (++) - (+++)

Cachet du Médecin

MOTIF DE LA CURE :

Date :

Autres informations qui vous semblent importantes à préciser pour favoriser l'accueil de votre enfant :

Choix de votre médecin thermaliste (*entourer celui retenu*)

Dr Francois Cabanel

« Le Mollard »

Avenue de l'établissement
Thermal

73190 Challes les Eaux

04.79.72.97.64

Dr Catherine Cabanel

« Le Mollard »

Avenue de l'établissement Thermal

73190 Challes les Eaux

04.79.72.97.64

Si autre :

Nom du Médecin :

Adresse :

Tél :