

QUESTIONNAIRE SPÉCIALISTE

Exemplaire à remettre au patient et à adresser à l'URPS MK NA dans le cadre du programme ISIDORT par mail : isidort-urps@na.mssante.fr

L'ENFANT

Nom : Prénom :
N° sécurité sociale : Date de naissance : Genre : F M
Date du dépistage :
Date de la consultation :

LE PROFESSIONNEL DE SANTE SPÉCIALISTE

Nom : Prénom :
Coordonnées :

- Médecin généraliste ORL Autre :
- Pédiatre Neurologue
- Pneumologue Pédo-psychiatre

TROUBLE RESPIRATOIRE OBSTRUCTIF DU SOMMEIL (TROS)

- Trouble Respiratoire Obstructif du Sommeil suspecté Oui Non
Polysomnographie (PSG) Oui Non
Polygraphie ventilatoire (PGV) Oui Non

CONDUITE À TENIR (CAT)

- Oto Rhino Laryngologie (ORL) Oui Non
Pneumologue - allergologue Oui Non
Orthopédie Dento Faciale (ODF) Oui Non
Rééducation Oro Maxillo Faciale (ROMF) Oui Non
Nutritionniste Oui Non
TTT médicamenteux Oui Non

