

QUESTIONNAIRE (A) « RDV SED »

pour un RDV de consultation au centre de référence de Garches

Fourni par un mail automatique de réponse du centre de référence de Garches
Remis en forme par SED'in FRANCE

Nom : Nom de jeune fille : Prénom : Date de naissance : Lieu de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> N
<u>Coordonnées</u> Adresse : Téléphone : Email :	
Nom du spécialiste qui vous adresse : Spécialité :	<u>Joindre obligatoirement le compte-rendu du spécialiste</u>
Vous a-t-on déjà posé/évoqué un diagnostic de Syndrome d'Ehlers-Danlos? Si oui, préciser le type de SED : Si oui, préciser l'année du diagnostic : Si oui, préciser le nom du médecin :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <u>Joindre le compte-rendu</u>

<p>Âge des 1^{er} Symptômes SED :</p> <p>Quels symptômes initiaux ? :</p>	
<p>Antécédents familiaux de syndrome d'Ehlers-Danlos ?*</p> <p>Détailler :</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> je ne sais pas</p>
<p>Avez-vous (ou avez-vous eu) une hyperlaxité articulaire ?*</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Etes-vous (ou avez-vous été) contorsionniste ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Avez-vous une peau hyperélastique ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Avez-vous une peau très fragile ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Avez-vous des cicatrices larges et inesthétiques ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Antécédents de pied bot à la naissance ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Antécédent de luxation de hanche à la naissance ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Antécédents de luxations ?</p> <p>Si oui, préciser où et combien d'épisodes :</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p>Antécédents d'entorses ?</p> <p>Si oui, préciser où et combien d'épisodes :</p>	<p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>

Antécédents de hernie abdominale : inguinale ou ombilicale ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antécédents de prolapsus génital ou rectal ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous (ou avez-vous eu) une scoliose ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous porté un corset ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous subi une arthrodèse ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous subi des chirurgies orthopédiques ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Utilisez-vous des orthèses ou des vêtements compressifs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Utilisez-vous un fauteuil roulant ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Utilisez-vous une canne ou une béquille ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous des fuites urinaires nécessitant une protection ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Difficultés d'apprentissage scolaire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Quelle est votre situation actuelle ? <input type="checkbox"/> Scolarisé <input type="checkbox"/> En activité <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi <input type="checkbox"/> En invalidité <input type="checkbox"/> En arrêt de travail <input type="checkbox"/> Retraité		

Cocher vos principaux problèmes :

Douleurs, localisations à préciser :

Difficultés pour vous déplacer ou dans les activités quotidiennes et les gestes de la vie courante

Prise en charge sociale (école, travail, MDPH, 100%,...)

Allergies ?

oui

non

Si oui, lesquelles :