

## 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](mailto: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

