

SAMA pédiatrique

Toutes les informations sont traitées

Nom		Prénom	
Rue			
Code postal		Commune	
Pays		Mobile	
email			
Date de naissance		Age :	
Niveau scolaire	Si votre enfant est scolarisé, préciser son taux d'absentéisme <input type="checkbox"/> aucun - <input type="checkbox"/> 1 jour/semaine - <input type="checkbox"/> 2 jours/semaine - > <input type="checkbox"/> 2 jours/semaine		

1. SAMA général

Malaise	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Fatigue persistente	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Fièvre récidivante	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)
Coups de pompe	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)

2. SAMA cutané

Démangeaison/grattage (hors eczéma persistant depuis + 3 mois)	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Flashes (apparition brutale de rougeur du visage +/- du haut du tronc avec ou sans sensation de chaleur)	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Urticaire	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Angioœdèmes (œdème de lèvres, paupières, voire jambes etc...)	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Autre éruption cutanée inhabituelle		
Décrivez :	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
.....		

3. SAMA digestif & urinaire

Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Diarrhées	<input type="checkbox"/> >5 selles/jour (3)	<input type="checkbox"/> 3 à 5 selles/jour (2)	<input type="checkbox"/> <3selles/jour (1)
Nausées et/ou vomissements	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)	

Perte d'appétit	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Envie fréquente d'uriner	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Coups de pompe	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Régime d'éviction alimentaire (exclusion d'aliments ayant montré une diminution des symptômes)	<input type="checkbox"/> >10 aliments (3)	<input type="checkbox"/> <5 aliments (1)
	<input type="checkbox"/> entre 5 & 10 aliments (2)	<input type="checkbox"/> non (0)

4. SAMA ORL

Œdème de Quincke (au moins 1 épisode)	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)	
Sensation de blocage laryngé (>2 épisodes inexpliqués)	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)	
Rhinite chronique (>3 mois/purif nasal	<input type="checkbox"/> >persistent (2)	<input type="checkbox"/> période estivale (de pollinisation) (1)	<input type="checkbox"/> non (0)

5. SAMA cardio-respiratoire

Palpitations	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Episode de Toux (inexpliquée)	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Précisez :			
Réaction anaphylactique sévère ayant nécessité une injection d'adrénaline (Anagen ou Epipen)	<input type="checkbox"/> >1 épisode (2)	<input type="checkbox"/> 1 épisode (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Si oui, précisez le nombre :			

6. SAMA et douleurs

Douleurs osseuses ou articulaires ou musculaires	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Précisez :			

7. SAMA neuro-psy & social

Céphalées chroniques (depuis + 3 mois)	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Réveils nocturnes (depuis + 3 mois)	<input type="checkbox"/> >3x/nuit (2)	<input type="checkbox"/> <3x/nuit (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Difficultés d'endormissement (depuis + 3 mois)	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Irritabilité/anxiété/trouves de l'humeur (depuis + 3 mois)	<input type="checkbox"/> >3x/semaine (2)	<input type="checkbox"/> <3x/semaine (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Troubles de concentration	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)	

Absentéisme scolaire liés aux symptômes décrits	<input type="checkbox"/> >1 j/semaine (3)	<input type="checkbox"/> >1 j/semaine (2)
	<input type="checkbox"/> +3 j/mois (1)	<input type="checkbox"/> non (0)

8. Facteurs déclenchants les symptômes

Réactions alimentaires (si oui, précisez lesquels et le délai par rapport à la prise de l'aliment).....	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Réactions au changement de température (Si oui, précisez le type de réaction)	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Réactions aux médicaments (si oui, précisez lesquels et le délai par rapport à la prise du médicament)	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)
Autre :	<input type="checkbox"/> oui (1)	<input type="checkbox"/> non (0)

Commentaires