VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX <u>PERSONNELS</u>		onse	Commentaires / Compléments d'information	
Avez-vous ou avez-vous eu un ou plusieurs des problèmes de santé suivants	?			
Reconnaissance d'un handicap (MDPH) ou de la prise en charge de vos soins à 100% pour une affection longue durée ?	NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les documents en rapport avec cet reconnaissance ou cette affection.	
Toux durant plusieurs semaines, essoufflement, sifflement respiratoire ou bronchites à répétition	NON	oui	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 5	
Asthme	NON	OUI	questions, il faut apporter :	
Date de la dernière crise		en assanan neus eu		
Si OUI Avez-vous déjà été hospitalisé(e) aux urgences ou en réanimation suite à une crise d'asthme ?	NON	oui	 Les courriers de votre pneumologue, du médecin traitant de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie; Votre dernière épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR); 	
Pneumothorax (décollement du poumon ou « bulle » dans le poumon) ou pleurésie (présence de liquide).	NON	oui	- Vos comptes rendus d'imageries médicales (radiographie scanner, IRM, etc);	
Autre(s) maladie(s) respiratoire(s) (tuberculose, apnée du sommeil, dilatation des bronches, mucoviscidose, etc)	NON	oui	- Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.	
Syncope, évanouissement, perte de connaissance, malaise vagal	NON	oui	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 5	
Palpitations ou problème(s) de rythme cardiaque	NON	oui	questions, il faut apporter : - Les courriers de votre cardiologue, du médecin traitant, d	
Hypertension artérielle	NON	oui	l'hôpital et des urgences concernant cette maladie;	
Maladie(s) du cœur	NON	oui	- Vos électrocardiogrammes (ECG), échographie cardiaque,	
Malaise à l'effort, douleurs à la poitrine ou palpitations à l'effort	NON	OUI	épreuve d'effort et autre(s) examen(s) cardiaque(s); - Vos prises de sang et vos ordonnances**.	
Diabète, maladie de la thyroïde ou troubles endocriniens (hormonaux)	NON	oui	Chicago and the Committee of the Committ	
Jaunisse, maladie du foie (hépatite), maladie du pancréas (pancréatite)	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces 10 questions, il faut apporter :	
Ulcère digestif, autre(s) maladie(s) digestive(s) (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, autre)	NON	oui	- Les courriers des médecins spécialistes qui vous ont vu, d médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant	
Obésité ayant nécessité un suivi médical ou une chirurgie	NON	oui	cette maladie ; - Les résultats des différents examens réalisés afin defaire	
Calcul rénal, calcul urinaire ou autre(s) maladie(s) des reins	NON	OUI	diagnostic et le suivi de cette maladie :	
Rhumatisme inflammatoire dans l'enfance (arthrite juvénile, etc)	NON	oui	Prises de sang; Analyses d'urine;	
Méningite ou encéphalite	NON	oui	Comptes rendus d'imageries (échographie,	
Paralysie (quelle que soit la localisation)	NON	OUI	radiographie, scanner, IRM, etc);	
Maladie(s) ou opération(s) gynécologique(s), prostatique(s) ou testiculaire(s)	NON	OUI	 Comptes rendus d'acte invasif (infiltration, chirurgie, endoscopie, etc). 	
Cancer ou tumeur	NON	OUI	- Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.	
Avez-vous eu des problèmes à la naissance (naissance prématurée, complication à la naissance, hospitalisation en néo natalité ou réanimation, etc) ?	NON	oui	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 4 questions, il faut apporter : - Les courriers de votre neurologue, de votre médecin	
Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie ou des convulsions ?	NON	oui	traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette	
Etes-vous connu(e) comme épileptique ?	NON	oui	maladie. - Les comptes rendus des examens réalisés : scanner, IRM,	
Date de la dernière crise : ☐ Si OUI			électroencéphalogramme (EEG), prises de sang, etc Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.	
Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ?	NON	OUI	Si OUI, lequel ?	
Des infections fréquentes (plusieurs fois par an) : des oreilles (otites), de la peau, des bronches, des poumons, etc ?	NON	oui	Si OUI, lesquelles ?	
Anomalie(s) sur un résultat d'analyses d'urines (sang, sucre, enzyme hépatique, albumine, infection, etc)	NON	oui	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 2 questions, il faut apporter les résultats d'examen montrai	
Anomalie(s) sur un résultat de prise de sang (hématies ou globules rouges, leucocytes ou globules blancs, plaquettes, sucre, bilan hépatique, rénal, etc)	NON	OUI	l'anomalie et les examens du même type réalisés depui	
Dépistage du VIH, de maladies sexuellement transmissibles ou d'hépatites virales ?	NON	oui	Si OUI, il faut apporter les résultats des examens.	
Traitement pour une infection sexuellement transmissible ?	NON	OUI	Si OUI, laquelle ?	
Admission aux urgences et/ou hospitalisation ?	NON	OUI	Si OUI, il faut apporter le(s) compte(s) rendu(s) d'examen (dont radio), d'hospitalisation et de passage aux urgences.	
Si OUI Pour quel(s) motif(s) ? VOS ALLERGIES		onse	Commentaires / Compléments d'information	
	-10/10/10/10/10		commentants y complements a mormation	
Avez your des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins, etc) ?	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une des 10 question	
Avez-vous des allergies alimentaires (incluant notamment les fruits exotiques, l'arachide, le gluten, les fruits de mer et les crustacés) ?	NON	OUI	relatives à vos allergies, il faut apporter : - Le résultat des tests d'allergologie que vous avez réalisés - Les courriers médicaux en rapport avec ces allergies	
Étes-vous allergique au latex (ex : gants, préservatifs, etc) ?	NON	OUI	 Les courriers médicaux en rapport avec ces allergies (spécialistes, médecins traitants, hôpital, urgences, etc. 	

^{*} Si vous n'avez plus les ordonnances, merci de faire la liste des médicaments pris (nom du médicament, durée du traitement et si possible la dose prise).

Page 2 | 4

Avez-vous une maladie allergique de la peau (allergie cutanée, urticaire, eczéma) ?		NON	oui	 Les ordonnances des traitements actuels ou passés * ou prescrits en cas de crise (auto-injecteur d'adrénaline, par exemple). 	
Etes-vous allergique à un ou plusieurs médicament(s) ?			OUI	Si OUI, précisez :	
Avez-vous des contre-indications aux vaccinations, avez-vous déjà mal réagi à un vaccin et/ou vous a-t-on interdit de faire certains vaccins?			oui	Si OUI, précisez :	
Avez-vous une autre allergie non citée précédemment ?			OUI	Si OUI, laquelle ?	
Avez-vous ou a	vez-vous eu un traitement pour votre/vos allergie(s) ?	NON OL	OUI	Si OUI, lequel ?	
	eu recours à des soins d'urgence (pompiers, SAMU, urgences)	NON	OUI	Si OUI, précisez la cause et la date :	
THE RESERVE OF THE PARTY OF THE	une hospitalisation suite à une réaction allergique ?	4-1-15-W		The second of th	
vos	ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES	Rép	onse	Commentaires / Compléments d'information	
Chirurgie	Avez-vous déjà bénéficié d'une opération (en hospitalisation, en chirurgie ambulatoire) ?	NON	OUI	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation.	
	☐ Si OUI Pour quel(s) motif(s) ?				
Anesthésie	Avez-vous déjà bénéficié d'une ou plusieurs anesthésie(s) générale(s) ?	NON	oui	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires ou d'hospitalisation.	
	□ si oui Pour quel(s) motif(s) ?	2.1,001/2.200			
	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs luxation(s) d'épaule ?	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 4	
Membres supérieurs	Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes de santé aux épaules, bras, coudes, avant-bras, poignets ou mains (blocage, entorse, douleurs, etc) ?	NON	OUI	questions, il faut apporter : - Les courriers médicaux des orthopédistes, chirurgiens, rééducateurs, médecins du sport, médecins traitants, etc	
Membres	Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes aux genoux (blocage, douleurs, entorse, etc) ?	NON	oui	- Les comptes rendus d'imageries (scanner, IRM, radiographie, échographie, etc) et d'hospitalisation. - les comptes rendus opératoires ;	
inférieurs	Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes aux hanches, cuisses, jambes, chevilles ou pieds ?	NON	oui	- Les bilans de kinésithérapie, podologie, etc - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.	
Avez-vous eu d	Avez-vous eu des fractures ?		OUI	Si OUI, lesquelles et quand ?	
Êtes-vous porteur de broches, clous, vis ou plaques ?		NON	OUI	Si OUI, indiquez la localisation :	
Avez-vous été victime d'un accident ayant entraîné des séquelles ?		NON	OUI	Si OUI, quelles séquelles ?	
Avez-vous eu d'autres problèmes au niveau des articulations, des os, ou des muscles ?		NON	oui	Si OUI, précisez :	
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien ou d'une commotion cérébrale ?		NON	oui	Si OUI, il faut apporter les comptes rendus d'hospitalisation et des urgences, le courrier du neurologue et les comptes	
	ez-vous perdu connaissance ?	NON	OUI	rendus d'imageries cérébrales (scanner, IRM).	
Si OUI Ave	ez-vous des séquelles ?	NON	OUI	Si OUI, quelles séquelles ?	
	VOTRE VUE	Rép	onse	Commentaires / Compléments d'information	
Portez-vous des lunettes, des lentilles de contact (souples ou rigides) ?			oui	Si OUI, il faut impérativement apporter vos lunettes et prévoir un nécessaire de stockage pour les porteurs de lentilles le jour de la visite médicale ainsi que votre dernièr ordonnance de lunettes.	
Avez-vous un problème de vision des couleurs ?		Contract			
Avez-vous un p	problème de vision des couleurs ?	NON	OUI	Si OUI, lequel ?	
	une blessure ou un traumatisme de l'œil ?	NON	OUI	Si OUI, lequel ? Si OUI, avez-vous des séquelles ?	
Avez-vous subi					
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été	une blessure ou un traumatisme de l'œil ?	NON	oui	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter :	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? ovez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne	NON	oui	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ;	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai Dat	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? vez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne re : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc)	NON	oui	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ;	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai Dat	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? vez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne re : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc) te de la dernière intervention ?	NON NON NON	oui	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ;	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai Si OUI De	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? vez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne re : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc) te de la dernière intervention ? quelle intervention avez-vous bénéficié ?	NON NON NON	OUI OUI	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant. Commentaires / Compléments d'informations Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 3	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai U Si OUI De Entendez-vous Avez-vous ou a	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? evez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne re : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc) te de la dernière intervention ? quelle intervention avez-vous bénéficié ? VOS OREILLES ET VOTRE NEZ mal et/ou avez-vous des sifflements dans les oreilles ? evez-vous eu une ou des maladie(s) des oreilles, du nez, des	NON NON NON	OUI OUI OUI	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant. Commentaires / Compléments d'informations Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 3 questions (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), il faut apporter :	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai Si OUI Entendez-vous Avez-vous ou a sinus ou du cou	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? evez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne re : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc) te de la dernière intervention ? quelle intervention avez-vous bénéficié ? VOS OREILLES ET VOTRE NEZ mal et/ou avez-vous des sifflements dans les oreilles ? evez-vous eu une ou des maladie(s) des oreilles, du nez, des	NON NON NON Répo	OUI OUI OUI OUI OUS	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant. Commentaires / Compléments d'informations Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 3 questions (et que vous avez consulté un médecin pour ce	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai U Si OUI De Entendez-vous Avez-vous ou a sinus ou du cou	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? evez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne re : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc) te de la dernière intervention ? quelle intervention avez-vous bénéficié ? VOS OREILLES ET VOTRE NEZ mal et/ou avez-vous des sifflements dans les oreilles ? evez-vous eu une ou des maladie(s) des oreilles, du nez, des u ?	NON NON NON Répo	OUI OUI OUI OUI OUI OUI	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant. Commentaires / Compléments d'informations Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 3 questions (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), il faut apporter : - Le courrier du spécialiste (ORL) ou du médecin traitant;	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai U Si OUI De Entendez-vous Avez-vous ou a sinus ou du cou Avez-vous ou a Avez-vous été	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? evez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne re : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc) te de la dernière intervention ? quelle intervention avez-vous bénéficié ? VOS OREILLES ET VOTRE NEZ mal et/ou avez-vous des sifflements dans les oreilles ? evez-vous eu une ou des maladie(s) des oreilles, du nez, des u ? evez-vous eu des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?	NON NON Répo NON NON NON NON	OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI	Si OUI, avez-vous des séquelles ? Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant. Commentaires / Compléments d'informations Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 3 questions (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), il faut apporter : - Le courrier du spécialiste (ORL) ou du médecin traitant ; - Les résultats des examens complémentaires réalisés. Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires et	
Avez-vous subi Avez-vous ou a Avez-vous été ou intra-oculai Dat U Si OUI De Entendez-vous Avez-vous ou a sinus ou du cou Avez-vous ou a Avez-vous été thyroïde ?	une blessure ou un traumatisme de l'œil ? evez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ? opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne re : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc) te de la dernière intervention ? quelle intervention avez-vous bénéficié ? VOS OREILLES ET VOTRE NEZ mal et/ou avez-vous des sifflements dans les oreilles ? evez-vous eu une ou des maladie(s) des oreilles, du nez, des u ? evez-vous eu des troubles de l'équilibre ou des vertiges ? opéré(e) des oreilles, du nez, des sinus, du cou ou de la	NON NON Répo NON NON NON NON	OUI OUI OUI OUI OUI OUI OUI	Si OUI, laquelle ? Si OUI, il faut apporter : - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant. Commentaires / Compléments d'informations Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 3 questions (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), il faut apporter : - Le courrier du spécialiste (ORL) ou du médecin traitant ; - Les résultats des examens complémentaires réalisés. Si OUI, il faut apporter les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation, et les courriers médicaux de suivi.	

Page 3 | 4

	VOTRE DOS	кер	onse	Commentaires / Compléments d'information
Souffrez-v	ous du dos ou de la colonne vertébrale ?	NON	OUI	Si vous avez répondu OUI (et que vous avez consulté un
	Date du dernier épisode douloureux			médecin pour ce problème), il faut apporter : - Le courrier du spécialiste (orthopédiste, neurochirurgien,
□ Si OUI	Les douleurs sont-elles permanentes et/ou fréquentes ?	NON	OUI	rhumatologue, etc) ou du médecin traitant;
	Les douleurs surviennent-elles après un effort et/ou après le port de charges lourdes ?	NON	OUI	- Les résultats des examens complémentaires réalisés (radiographie, scanner, IRM) ;
	Ces douleurs sont-elles apparues après un accident ?	NON	OUI	 Les comptes rendus d'infiltration, de rééducation, de kinésithérapie, d'ostéopathie, etc;
	Prenez-vous parfois un traitement contre vos douleurs de dos ?	NON	OUI	- Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
	vos soucis	Rép	onse	Commentaires / Compléments d'information
Avez-vous	déjà consulté un psychiatre ou un psychologue ?	NON	OUI	
Êtes-vous claustrophobe (peur des espaces confinés) ?		NON	OUI	Si vous avez déjà consulté un psychiatre, un psychologue ou
Avez-vous	fait des crises d'angoisse ?	NON	OUI	votre médecin traitant (ou un autre médecin) pour l'un de ces soucis, il faut apporter :
Avez-vous	eu des crises de nerf ou des colères violentes ?	NON	OUI	ces soucis, il faut apporter .
Avez-vous	eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie, etc) ?	NON	OUI	- Le courrier du spécialiste (psychiatre, psychologue) oudu
Vous êtes-	-vous infligé(e) des blessures volontaires ?	NON	OUI	médecin traitant; - Les comptes rendus d'hospitalisation ou de passage aux
Avez-vous	fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?	NON	OUI	urgences;
Avez-vous	été renvoyé(e) d'un établissement scolaire ou été déscolarisé(e) ?	NON	OUI	- Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Avez-vous	eu des ennuis avec la justice ?	NON	OUI	District the Breek has been in 120 and
	VOS HABITUDES DE VIE	Rép	onse	Commentaires / Compléments d'information
Combien o	nbien d'heures de sport faites-vous par semaine ?		semaine	Quels sports pratiquez-vous ?
Êtes-vous	donneur de sang régulier ?	NON	OUI	Si vous détenez une carte de groupe sanguin, apportez là.
Êtes-vous	porteur d'un ou plusieurs tatouage(s) et/ou piercing(s) ?	NON	OUI	Si OUI, effectué(s) par un professionnel ? NON / OUI
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		/jour		Si vous fumez, depuis combien d'années ?
Avez-vous	eu des épisodes d'ivresse à l'alcool ?	NON	OUI	Si vous avez déjà été hospitalisé(e) ou si vous avez déjà
Avez-vous	été ou êtes-vous sous traitement substitutif de l'héroïne ?	NON	OUI	consulté un addictologue, alcoologue ou votre médecin
	ous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez ou avez-vous mpression de trop consommer de toxiques et/ou d'alcool ? vez-vous déjà été hospitalisé(e) ou avez-vous déjà bénéficié(e) d'une cure ans le cadre d'un sevrage ou d'une désintoxication ?		oui	traitant pour un sevrage à une drogue ou à l'alcool, il apporter : - les courriers de l'addictologue, alcoologue ou médecir
			oui	traitant; - les comptes rendus d'hospitalisation(s) ou de cure(s);
Avez-vous	déjà consommé des drogues ou des toxiques ?	NON	OUI	- Les ordonnances des traitements actuels ou passés*.
Si OUI	Précisez les drogues et la date de dernière consommation			
	VOS AUTRES SOUCIS DE SANTÉ	Rép	onse	Commentaires / Compléments d'information
	nière année, avez-vous eu un congé maladie (arrêt de travail, n scolaire, etc) ?	NON	oui	Si OUI, pour quels motifs ?
	rochains mois, devez-vous subir des examens médicaux ou subir vention chirurgicale ?	NON	oui	Si OUI, il faut apporter les documents médicaux en rapport avec ces examens, hospitalisations ou opérations.
Si OUI	Pour quel(s) motif(s) ?			
Prenez-vo	us un médicament régulièrement (dont contraception) ?	NON	OUI	Si OUI, il faut apporter vos ordonnances*.
si oui	Précisez			-
	s actuellement ou avez-vous eu d'autre(s) maladie(s) ou (s) de santé qui n'auraient pas déjà été signalés précédemment ?	NON	oui	Si OUI, il faut apporter les documents médicaux en rapport avec cette ou ces pathologie(s).
□ Si OUI	Précisez			
Information	ons complémentaires que vous estimez nécessaires de porter à la c	connaissa	nce du n	nédecin
	#20 og 1 og			
	VOTRE MEDECIN TRAITANT			Réponse
	VOTRE WIEDECIN TRAITAIN			Reportse

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur :

- avoir répondu de façon sincère à ce questionnaire médical et ne pas avoir connaissance de problèmes de santé autres que ceux signalés ici ;
- avoir conscience que tout problème de santé, caché ou omis, volontairement ou involontairement, peut entraîner mon inaptitude médicale même après mon engagement et est susceptible d'entraîner une détérioration de mon état de santé du fait du métier de militaire ;
- être informé que ce questionnaire est le préalable d'un examen médical complet (impliquant d'être en sous-vêtements) mené par un médecin lors de votre visite d'expertise médicale initiale.

Date et signature du candidat à l'engagement:

Page 4 | 4



Annexe 16 à la note de base n°306 du 24/08/2020

ANNEXE I à la note n°0050133/ARM/DCSSA/ESSD/EMS du 29 janvier 2020



CONFIDENTIEL MEDICAL

Ce questionnaire est à renseigner et à présenter lors de votre visite d'expertise médicale initiale.

QUESTIONNAIRE DE SANTE

préalable à l'engagement dans les armées ou la gendarmerie nationale

Madame, Monsieur,

Ce questionnaire de santé permet au médecin militaire de connaître votre état de santé : il est donc important d'y déclarer <u>l'ensemble de vos problèmes de santé actuels et passés.</u> Il est le préalable d'un examen médical complet qui sera effectué par le médecin lors de votre visite d'expertise médicale initiale. Il vous sera demandé d'être en sous-vêtements.

Pour éviter de perdre du temps lors de votre recrutement, <u>vous devez apporter</u>, lors de votre visite d'expertise médicale initiale, l'ensemble des documents suivants :

- ce questionnaire entièrement rempli et signé ;
- votre pièce d'identité;
- votre carnet de santé et/ou carnet de vaccinations ;
- l'ensemble des pièces médicales qui vous sont demandées en commentaires dans les cases bleues de ce questionnaire (si vous avez réalisé ces examens ou consultations et si pouvez les récupérer).

Vous êtes responsable des informations que vous déclarez : il est important de vous faire aider, si nécessaire, par des personnes qui vous permettront d'y répondre le plus exactement possible (parents, médecin traitant, etc...). Pour les réponses en NON ou OUI, merci d'entourer votre réponses.

Nom de naissance :	Prénom(s):
Date de naissance :	Sexe : ☐ Femme ☐ Homme
Numéro de téléphone :	Adresse électronique :

Vo	TRE PARCOURS MILITAIRE	Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Si vous n'avez jamais ser	vi dans les armées ou la gendarmerie nationale (ré	serve ope	rationn	elle incluse)
Est-ce votre première visite médicale pour vous engager dans les armées ou la gendarmerie nationale ?		ON	OUI	Si NON, précisez la date et le lieu :
Si vous avez déjà servi da	ns les armées ou la gendarmerie nationale (réserv	e opérati	onnelle i	incluse)
Dans quelle armée, direction	on ou service avez-vous déjà servi ?	T-10-04-1/02 (40000)		
Avez-vous fait l'objet d'une	inaptitude ou d'une réforme ?	NON	OUI	Si OUI, précisez la date et le motif :
VOS ANTÉCÉDENTS <u>FAMILIAUX</u>		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
	Est-elle décédée ?	NON	OUI	Si l'état de santé de votre mère biologique n'est pas conn
	Quel est son âge ?		ans	ne pas répondre et cocher cette case
Votre mère biologique	Est-elle ou était-elle malade ?	NON	oui	Si décédée, âge du décès :
	☐ Si OUI Quelle(s) maladie(s) ?			
	Est-il décédé ?	NON	oui	Si l'état de santé de votre père biologique n'est pas conn
Votre père biologique	Quel est son âge ?	ans		ne pas répondre et cocher cette case
votre pere biologique	Est-il ou était-il malade ?	NON	oui	Si décédé, âge du décès :
	☐ SI OUI Quelle(s) maladie(s) ?			
Un des membres de votre	famille (père, mère, grands-parents, frères et sœu	ırs, enfan	ts, oncle	s, tantes) a-t-il ou a-t-il eu l'une de ces maladies ?
Asthme		NON	OUI	Si OUI, précisez qui :
Hypertension artérielle ou maladie du cœur		NON	OUI	Si OUI, précisez qui :
Mort subite non accidentelle (survenue à l'effort ou non)		NON	oui	Si OUI, précisez qui et l'âge de la mort subite :
Diabète		NON	oui	Si OUI, précisez qui :
Epilepsie		NON	oui	Si OUI, précisez qui :
Dépression ou décès par s	uicide	NON	oui	Si OUI, précisez qui :
Cancer		NON	oui	Si OUI, précisez qui et le type de cancer :
Autre(s) maladie(s)		NON	OUI	Si OUI, précisez qui et la maladie :

Page 1 | 4