

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MEDICAL

ACTUELLEMENT

- . Avez-vous des symptômes, une maladie ? oui non
- . Prenez-vous un traitement, des médicaments ?.....oui non
lesquels :
- . Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ?.....oui non
- . Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie, ou autre ?.....oui non
- . Avez-vous un déficit (membres supérieurs, inférieurs, auditif ,visuel,etc..)
ou un handicap même léger ; un bégaiement, une dyslexie, dyscalculie, dysorthographe ?....oui non
- . Portez-vous une prothèse (cardiaque, oculaire, auditive, hanche, genou...).....oui non
- . Avez-vous un trouble connu de la vision des couleurs.....oui non
- . Portez-vous des lunettes ou des lentilles cornéennes.....oui non
- . Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque, musculaire...).....oui non

ANTECEDENTS PERSONNELS

- .Avez-vous déjà été opéré ?oui non
Année : Motif :
Année : Motif :
- . Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux (kératotomy)oui non
- . Avez-vous déjà passé au moins une nuit à l'hôpital ou cliniqueoui non
Année : Motif
Année Motif
- . Avez-vous eu des accidents (sports, deux roues, automobile...)oui non
Année : Lésions corporelles :
Année : Lésions corporelles :
- . Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ? oui non
- . Avez-vous des traumatismes crâniens, malaises, pertes de connaissance oui non
- .Avez-vous pris dans votre vie un traitement prolongé (plusieurs semaines, mois..) ?.....oui non

Maladies pulmonaires :

- Avez-vous eu : .la tuberculose (y compris primo infection) oui non
. une maladie pleurale, bronchique ; autre oui non

Maladies allergiques et immunitaires, cancers

. Allergie à des médicaments, allergènes :	oui	non
. Maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida)	oui	non
. Cancers ?	oui	non

Maladies métaboliques et des glandes endocrines

. Diabète (y compris sucre dans les urines)	oui	non
. Excès de cholestérol, triglycérides, acide urique	oui	non
. Obésité, excès pondéral	oui	non

Maladies de l'appareil digestif

. œsophagites, gastrite, ulcère	oui	non
. Colites, diverticulites	oui	non
. Hémochromatose, cirrhose	oui	non
. Calculs biliaires, pancréatite	oui	non
. Hépatites A, B, C..	oui	non
. Hernies inguinales, crurales, hiatales et éventrations	oui	non

Maladies cardio-vasculaires et du sang

. Maladies cardiaques congénitales	oui	non
. Maladies des valves (aortique, mitrale...)	oui	non
. Troubles du rythme (tachycardies, fibrillations, port d'un stimulateur)	oui	non
. Maladies des coronaires (angine de poitrine, infarctus...)	oui	non
. Péricardites, endocardites	oui	non
. Maladies des artères, phlébites, varices	oui	non
. Hypertension artérielle	oui	non
. Anémies, purpuras, hémophilie, polyglobulies, Hodgkin	oui	non

Maladies génitales et urinaires

. Malformations des organes génitaux ou des glandes	oui	non
. Calculs urinaires, coliques néphrétiques	oui	non
. Maladies des reins (hydronéphrose, polykystose...etc)	oui	non
. . Présence de sang, sucre, protéines ou albumine dans les urines	oui	non
. Maladies gynécologiques, obstétriques	oui	non

Troubles psychiques

– Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue	oui	non
– Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression, le sommeil		
– l'anxiété, la nervosité	oui	non
– Avez-vous été hospitalisé en service ou clinique psychiatrique	oui	non
– Avez-vous eu :		
. dépressions, psychose maniacodépressive	oui	non
. névrose, angoisses, phobies, obsessions	oui	non
. psychoses, schizophrénie, paranoïa	oui	non
. traitement par addiction à une drogue (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne amphétamines...)	oui	non

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Avez-vous uriné au lit après l'âge de 10 ans | oui | non |
| - Avez-vous fait des tentatives de suicide | oui | non |

Maladies neurologiques et rachidiennes

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Maladies des nerfs, moëlle épinière, cerveau | oui | non |
| - Paralysies même partielles | oui | non |
| - Épilepsie (crises comitiales de tous types, y compris convulsions) | oui | non |
| - Scolioses, séquelles d'accident ou de traumatisme | oui | non |

Maladies de la peau et des dents

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Exemple : eczéma, psoriasis, urticaires...etc | oui | non |
| - Prothèses ,appareillage dentaire | oui | non |

Nez, Gorge, Oreilles, Yeux

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Des otites, cholestéatome, otospongiose | oui | non |
| - Maladies du nez, de la gorge, des yeux | oui | non |

Autres maladies

(sauf maladies bénignes, saisonnières type rhume, angine de gorge, accès grippal, etc) oui non

Antécédents familiaux

Vos parents (et grands-parents, frères, sœurs, enfants) sont-ils ou ont-ils été atteints de maladie et laquelle....oui....non
 Notamment : Asthme, diabète, hypertension artérielle.....oui....non

Date :

Signature

SI LE CANDIDAT EST MINEUR
SIGNATURE DU MAJEUR RESPONSABLE

NOM : **PRÉNOM :**

SIGNATURE :