

SERVICE DE SANTÉ DES GENS DE MER

RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MÉDICAL

Veuillez répondre aux questions¹, dater et signer² à la fin des 4 pages.

NOM :

Prénoms :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Profession ou situation scolaire :

Situation familiale, nombre d'enfants :

ANTÉCÉDENTS AU TRAVAIL

- Avez-vous déjà consulté un médecin des gens de mer ?

Non ☐ Oui ☐

Si oui, où et quand ?

- Quelle formation avez-vous reçue ?

- Scolaire, apprentissage, universitaire... :

- Autres... :

- Quels métiers avez-vous exercés ? (Précisez les plus récents)

- De à :

- De à :

- De à :

- Au cours de ces métiers, avez-vous été exposé à des nuisances

- Amiante

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Poussières, allergènes

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Bruit

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Vibrations

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Radiations, rayonnements

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Produits chimiques, gaz

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Produits pétroliers

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Postures inconfortables, gestes répétés rapidement

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Autres, précisez :

Non ☐ Oui + ☐ Oui ++ ☐

- Avez-vous déjà été inapte à un poste de travail¹ ou un métier¹ ?

Non ☐ Oui ☐

- Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail¹ ou maladie professionnelle¹ ?

Non ☐ Oui ☐

- Vous a-t-il été reconnu un taux d'incapacité ?

Non ☐ Oui ☐

Si oui, précisez le taux et la raison :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

- Avez-vous déjà été opéré ?

Non ☐ Oui ☐

- Année :

Motif :

- Année :

Motif :

- Avez-vous été opéré des oreilles¹ ou des yeux¹ (kératotomie) ?

Non ☐ Oui ☐

¹ - Si oui, rayez les réponses inutiles.

² - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

³ - « Ou avez-vous eu ? »

- Avez-vous déjà passé au moins une nuit à l'hôpital ou en clinique Non ☐ Oui ☐
- Année : Motif :
- Année : Motif :
- Avez-vous eu des accidents (sports, deux roues, automobile...) Non ☐ Oui ☐
- Année : Lésions corporelles :
- Année : Lésions corporelles :
- Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous eu des traumatismes crâniens¹, malaises¹, pertes de connaissance¹ ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous pris dans votre vie un traitement prolongé (plusieurs semaines, mois...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?

ACTUELLEMENT

- Avez-vous des symptômes, une maladie ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Prenez-vous un traitement, des médicaments ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie, ou autre ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous un déficit (membres supérieurs, inférieurs, auditif, visuel, autre) ou un handicap même léger ; un bégaiement, un trouble DYS (dyslexie, dyscalculie, dysorthographe...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Portez-vous une prothèse (cardiaque, oculaire, auditive, hanche, genou...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous un trouble connu de la vision des couleurs ? Non ☐ Oui ☐
- Portez-vous des lunettes¹ ou des lentilles cornéennes¹ ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque, musculaire...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?

PATHOLOGIES PAR APPAREILS

Maladies pulmonaires :

- Avez-vous³ la tuberculose (y compris primo infection) ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous³ une maladie pleurale, bronchique ou autre ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?

Maladies allergiques et immunitaires, cancers :

- Avez-vous une allergie (médicaments, allergènes...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous³ une maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida) ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous³ un Cancer ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?

¹ - Si oui, rayez les réponses inutiles.

² - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

³ - « Ou avez-vous eu ? »

Maladies métaboliques et des glandes endocrines :

- Avez-vous du Diabète (y compris sucre dans les urines) ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous un excès de cholestérol¹, de triglycérides¹, d'acide urique¹ ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous un excès pondéral¹, une obésité¹ ? Non ☐ Oui ☐

Maladies de l'appareil digestif :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - Œsophagite¹, gastrite¹, ulcère¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Colite¹, diverticulite¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Hémochromatose¹, cirrhose¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Calcul biliaire¹, pancréatite¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Hépatite A¹, B¹, ou C¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Hernie inguinale¹, crurale¹, hiatale¹ ou éventration¹ ? Non ☐ Oui ☐

Maladies cardio-vasculaires et du sang :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - Maladie cardiaque congénitale¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Maladie des valves (aortique¹, mitrale¹...) ? Non ☐ Oui ☐
 - Trouble du rythme (tachycardie¹, fibrillation¹, port d'un stimulateur¹) ? Non ☐ Oui ☐
 - Maladie des coronaires (angine de poitrine¹, infarctus¹...) ? Non ☐ Oui ☐
 - Péricardite¹, endocardite¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Maladie des artères¹, phlébite¹, varices¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Hypertension artérielle ? Non ☐ Oui ☐
 - Anémie¹, purpura¹, hémophilie¹, polyglobulie¹, Hodgkin¹ ? Non ☐ Oui ☐

Maladies génitales et urinaires :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - Malformation des organes génitaux¹ ou des glandes¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Calcul urinaire¹, colique néphrétique¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Maladie des reins (hydronéphrose, polykystose...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Présence de sang¹, sucre¹, protéines¹ ou albumine¹ dans les urines ? Non ☐ Oui ☐
- Maladie gynécologique, obstétrique ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?

Troubles psychiques :

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre¹ ou un psychologue¹ ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression¹, le sommeil¹, l'anxiété¹, la nervosité¹ ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous été hospitalisé en service ou clinique psychiatrique ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous un problème d'addiction (alcool, drogue, médicament...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous³ un traitement pour une addiction ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - dépression¹, psychose maniaco-dépressive¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - névrose¹, angoisses¹, phobie¹, obsessions¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - psychose¹, schizophrénie¹, paranoïa¹ ? Non ☐ Oui ☐

¹ - Si oui, rayez les réponses inutiles.

² - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

³ - « Ou avez-vous eu ? »

- Avez-vous uriné au lit après l'âge de 10 ans ? Non ☐ Oui ☐
- Avez-vous fait une tentative de suicide ? Non ☐ Oui ☐

Maladies neurologiques et rachidiennes :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - Maladie des nerfs¹, moelle épinière¹, cerveau¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Paralyse même partielle ? Non ☐ Oui ☐
 - Épilepsie (crises comitiales de tous types) ? Non ☐ Oui ☐
 - Scoliose¹, séquelles d'accident¹ ou de traumatisme¹ ? Non ☐ Oui ☐

Maladies de la peau et des dents :

- Avez-vous³ une maladie dermatologique (Eczéma, psoriasis, urticaire...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?
- Portez-vous une prothèse¹ ou un appareillage dentaire¹ ? Non ☐ Oui ☐

Nez, Gorge, Oreilles, Yeux :

- Avez-vous³ une ou plusieurs des maladies suivantes ?
 - Otite¹, cholestéatome¹, ostéospongiose¹ ? Non ☐ Oui ☐
 - Maladie du nez, de la gorge, des yeux ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?

Autres maladies :

- Sauf maladie bénigne ou saisonnière (type rhume, angine de gorge, accès grippal) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

- Est-ce que l'un de vos parents (ascendants, descendants directs) est ou a été atteint d'une maladie (Asthme, diabète, hypertension artérielle...) ? Non ☐ Oui ☐
- Si oui, précisez ?

Date :
Signature² :

¹ - Si oui, rayez les réponses inutiles.

² - Signature du représentant ou tuteur légal pour un candidat mineur.

³ - « Ou avez-vous eu ? »