

QUESTIONNAIRE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE INITIAL

CONFIDENTIEL MEDICAL

Format A3.
 (recto-verso)

À renseigner lors de l'expertise médicale initiale

Nom :	Prénom :	Sexe :
Date et lieu de naissance :		
Adresse :		
Situation de famille :		Nombre d'enfants :
Profession actuelle :		Numéro de téléphone :

- Répondez au questionnaire médical en cochant à chaque ligne la case correspondant à votre cas.
- Si vous ne savez pas répondre à certaines questions mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question.

VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

- Age du père :ans ; est-il malade : OUI NON
 Si OUI, quelle est sa maladie :
 Si décédé, précisez la cause :
- Age de la mère :ans ; est-elle malade : OUI NON
 Si OUI, quelle est sa maladie :
 Si décédée, précisez la cause :
- Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, cousins) a-t-il ou a-t-il eu une de ces maladies :
- Asthme : OUI NON
 - Tuberculose : OUI NON
 - Hypertension artérielle ou maladie de cœur : OUI NON
 - Mort subite (d'effort ou non) : OUI NON
 - Diabète : OUI NON
 - Cancer : OUI NON
 - Maladie nerveuse : OUI NON
 - Autre maladie : OUI NON

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS :

- Avez-vous eu une des maladies suivantes ?
- Bronchite fréquente : OUI NON
 - Asthme : OUI NON
 - Pneumothorax – pleurésie : OUI NON
 - Tuberculose : OUI NON
 - Syncope, évanouissement, perte de connaissance : OUI NON
 - Palpitations : OUI NON
 - Hypertension artérielle ou maladie du cœur : OUI NON
 Si OUI, précisez :
 - Manifestations d'intolérance à l'effort (maaises divers) : OUI NON
 Si OUI, précisez :
 - Diabète : OUI NON
 - Jaunisse – Hépatite : OUI NON
 Si OUI, précisez :

- Ulcère d'estomac : OUI NON
- Autres troubles digestifs : OUI NON
- Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang) : OUI NON
Si OUI, précisez :
- Anomalies sur un bilan sanguin : OUI NON
Si OUI, précisez :
- Calcul rénal ou urinaire : OUI NON
- Rhumatisme articulaire aigu : OUI NON
- Méningite, encéphalite : OUI NON
- Epilepsie, convulsions : OUI NON
- Paralysies : OUI NON
- Maladies gynécologiques : OUI NON
- Autres maladies : OUI NON
Si OUI, précisez :
- Avez-vous déjà été hospitalisé : OUI NON
Si OUI, précisez le motif :

VOS ALLERGIES :

- Etes-vous allergique à certains médicaments : OUI NON
Si OUI, lesquels :
- Avez-vous des allergies de la peau (urticaire, eczéma) : OUI NON
- Avez-vous des allergies respiratoires (asthme – rhume des foins) : OUI NON
- Avez-vous des allergies alimentaires : OUI NON
Si OUI, lesquelles :
- Avez-vous des contre-indications aux vaccinations : OUI NON
Si OUI, lesquelles :
- Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou d'autres insectes : OUI NON
Si OUI, avez-vous été désensibilisé : OUI NON

VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES :

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale : OUI NON
Si OUI, laquelle :
- Avez-vous eu une anesthésie générale : OUI NON
- Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien : OUI NON
Si OUI: y avait-il eu perte de connaissance : OUI NON
Vous reste-t-il des séquelles : OUI NON
- Avez-vous eu des fractures des membres : OUI NON
Si OUI, à quel membre :
- Êtes-vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque : OUI NON
- Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse) : OUI NON
- Autres antécédents articulaires (luxations, entorses ...) ou osseux : OUI NON
Si OUI, préciser :

VOTRE VUE :

- Portez-vous des lunettes : OUI NON
- Portez-vous des lentilles ou verres de contact : OUI NON
- Avez-vous des problèmes de vision des couleurs : OUI NON
- Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil : OUI NON

- Avez-vous eu d'autres maladies des yeux : OUI NON
 - Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc.) : OUI NON

VOS OREILLES ET VOTRE NEZ :

- Entendez-vous mal : OUI NON
 - Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou : OUI NON
 - Avez-vous eu des troubles de l'équilibre : OUI NON
 - Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou : OUI NON
 - Utilisez-vous régulièrement un casque ou des écouteurs pour écouter la musique : OUI NON

VOS DENTS :

- Avez-vous des caries dentaires : OUI NON
 - Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois :

VOTRE COLONNE VERTEBRALE :

- Souffrez vous du dos ou de la colonne vertébrale : OUI NON
 Si OUI : - est-ce en permanence : OUI NON
 - après effort : OUI NON
 - les douleurs sont-elles apparues après un accident : OUI NON

VOS SOUCIS :

- Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression : OUI NON
 - Etes-vous claustrophobe (avez-vous peur dans un espace confiné ?) : OUI NON
 - Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes : OUI NON
 - Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie – boulimie) : OUI NON
 - Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans : OUI NON
 - Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux : ... OUI NON
 - Vous êtes-vous infligé des blessures volontaires : OUI NON
 - Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide : OUI NON
 - Avez-vous été en institut médico-pédagogique : OUI NON
 - Avez-vous été renvoyé d'un établissement scolaire : OUI NON
 - Avez-vous eu des ennuis avec la justice : OUI NON

VOS HABITUDES DE VIE :

- Faites-vous du sport : OUI NON
 Si OUI - Indiquez le ou les sports pratiqués :
 - Depuis quand et nombre d'heures par semaine :
 - Etes-vous fumeur habituel de tabac : OUI NON
 - Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc.) : OUI NON
 - Avez-vous eu des épisodes d'ivresse : OUI NON
 - Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques : OUI NON
 Si OUI - Précisez lesquels :
 - En avez-vous pris récemment : OUI NON
 - Date de la dernière consommation :
 - Vous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez : OUI NON
 - Etes-vous sous traitement substitutif d'une toxicomanie : OUI NON
 - Avez-vous été traité pour maladie sexuelle : OUI NON
 - Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH : OUI NON

- Etes-vous donneur de sang régulier : OUI NON
- Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement : OUI NON
- Si OUI - Quels médicaments ?

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

- Est-ce votre première visite médicale pour l'admission dans les armées ou la Gendarmerie : OUI NON
- Avez-vous déjà servi dans les armées ou la Gendarmerie : OUI NON
- Si OUI, y-a-t-il eu une inaptitude : OUI NON
- Si OUI, laquelle :
- Avez-vous eu une autre maladie non signalée dans le questionnaire : OUI NON
- Si OUI, laquelle :

COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT HABITUEL :

- Nom et prénom :
- Adresse :
- Code postal et ville :
- Téléphone :

Je soussigné certifie avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés.

Date et signature du candidat

DOCUMENT A JOINDRE AU CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE INITIALE