



# 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 **l'ensemble de vos problèmes de santé actuels et passés**. 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, **vous devez apporter**, 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 réponse.**

Nom de naissance :	Prénom(s) :
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme
Numéro de téléphone :	Adresse électronique :

VOTRE PARCOURS MILITAIRE		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
<b>Si vous n'avez jamais servi dans les armées ou la gendarmerie nationale (réserve opérationnelle incluse)</b>				
Est-ce votre première visite médicale pour vous engager dans les armées ou la gendarmerie nationale ?	NON	OUI	<b>Si NON</b> , précisez la date et le lieu :	
<b>Si vous avez déjà servi dans les armées ou la gendarmerie nationale (réserve opérationnelle incluse)</b>				
Dans quelle armée, direction ou service avez-vous déjà servi ?				
Avez-vous fait l'objet d'une inaptitude ou d'une réforme ?	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez la date et le motif :	
VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
<b>Votre mère biologique</b>	Est-elle décédée ?	NON	OUI	Si l'état de santé de votre mère biologique n'est pas connu, ne pas répondre et cocher cette case <input type="checkbox"/> Si décédée, âge du décès :
	Quel est son âge ?	ans		
	Est-elle ou était-elle malade ?	NON	OUI	
	↳ <b>Si OUI</b> Quelle(s) maladie(s) ?			
<b>Votre père biologique</b>	Est-il décédé ?	NON	OUI	Si l'état de santé de votre père biologique n'est pas connu, ne pas répondre et cocher cette case <input type="checkbox"/> Si décédé, âge du décès :
	Quel est son âge ?	ans		
	Est-il ou était-il malade ?	NON	OUI	
	↳ <b>Si OUI</b> Quelle(s) maladie(s) ?			
<b>Un des membres de votre famille (père, mère, grands-parents, frères et sœurs, enfants, oncles, tantes) a-t-il ou a-t-il eu l'une de ces maladies ?</b>				
Asthme	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez qui :	
Hypertension artérielle ou maladie du cœur	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez qui :	
Mort subite non accidentelle (survenue à l'effort ou non)	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez qui et l'âge de la mort subite :	
Diabète	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez qui :	
Epilepsie	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez qui :	
Dépression ou décès par suicide	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez qui :	
Cancer	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez qui et le type de cancer :	
Autre(s) maladie(s)	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez qui et la maladie :	

VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
<b>Avez-vous ou avez-vous eu un ou plusieurs des problèmes de santé suivants ?</b>				
Reconnaissance d'un handicap (MDPH) ou de la prise en charge de vos soins à 100% pour une affection longue durée ?		NON	OUI	<b>Si OUI, il faut apporter les documents en rapport avec cette reconnaissance ou cette affection.</b>
Toux durant plusieurs semaines, essoufflement, sifflement respiratoire ou bronchites à répétition		NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 5 questions, il faut apporter :</b> - Les courriers de votre pneumologue, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Votre dernière épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR) ; - Vos comptes rendus d'imageries médicales (radiographies, scanner, IRM, etc...) ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Asthme		NON	OUI	
↳ Si OUI Date de la dernière crise				
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) aux urgences ou en réanimation suite à une crise d'asthme ?		NON	OUI	
Pneumothorax (décollement du poumon ou « bulle » dans le poumon) ou pleurésie (présence de liquide).		NON	OUI	
Autre(s) maladie(s) respiratoire(s) (tuberculose, apnée du sommeil, dilatation des bronches, mucoviscidose, etc...)		NON	OUI	
Syncope, évanouissement, perte de connaissance, malaise vagal		NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 5 questions, il faut apporter :</b> - Les courriers de votre cardiologue, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Vos électrocardiogrammes (ECG), échographie cardiaque, épreuve d'effort et autre(s) examen(s) cardiaque(s) ; - Vos prises de sang et vos ordonnances *.
Palpitations ou problème(s) de rythme cardiaque		NON	OUI	
Hypertension artérielle		NON	OUI	
Maladie(s) du cœur		NON	OUI	
Malaise à l'effort, douleurs à la poitrine ou palpitations à l'effort		NON	OUI	
Diabète, maladie de la thyroïde ou troubles endocriniens (hormonaux)		NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs de ces 10 questions, il faut apporter :</b> - Les courriers des médecins spécialistes qui vous ont vu, du médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie ; - Les résultats des différents examens réalisés afin de faire le diagnostic et le suivi de cette maladie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prises de sang ;</li> <li>• Analyses d'urine ;</li> <li>• Comptes rendus d'imageries (échographie, radiographie, scanner, IRM, etc...) ;</li> <li>• Comptes rendus d'acte invasif (infiltration, chirurgie, endoscopie, etc...).</li> </ul> - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Jaunisse, maladie du foie (hépatite...), maladie du pancréas (pancréatite...)		NON	OUI	
Ulcère digestif, autre(s) maladie(s) digestive(s) (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, autre...)		NON	OUI	
Obésité ayant nécessité un suivi médical ou une chirurgie		NON	OUI	
Calcul rénal, calcul urinaire ou autre(s) maladie(s) des reins		NON	OUI	
Rhumatisme inflammatoire dans l'enfance (arthrite juvénile, etc...)		NON	OUI	
Méningite ou encéphalite		NON	OUI	
Paralysie (quelle que soit la localisation)		NON	OUI	
Maladie(s) ou opération(s) gynécologique(s), prostatique(s) ou testiculaire(s)		NON	OUI	
Cancer ou tumeur		NON	OUI	
Avez-vous eu des problèmes à la naissance (naissance prématurée, complication à la naissance, hospitalisation en néo natalité ou réanimation, etc...) ?		NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 4 questions, il faut apporter :</b> - Les courriers de votre neurologue, de votre médecin traitant, de l'hôpital et des urgences concernant cette maladie. - Les comptes rendus des examens réalisés : scanner, IRM, électroencéphalogramme (EEG), prises de sang, etc... - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Avez-vous déjà fait des crises d'épilepsie ou des convulsions ?		NON	OUI	
Etes-vous connu(e) comme épileptique ?		NON	OUI	
↳ Si OUI Date de la dernière crise :				
Avez-vous ou avez-vous eu un traitement ?		NON	OUI	<b>Si OUI, lequel ?</b>
Des infections fréquentes (plusieurs fois par an) : des oreilles (otites), de la peau, des bronches, des poumons, etc... ?		NON	OUI	<b>Si OUI, lesquelles ?</b>
Anomalie(s) sur un résultat d'analyses d'urines (sang, sucre, enzyme hépatique, albumine, infection, etc...)		NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 2 questions, il faut apporter</b> les résultats d'examen montrant l'anomalie et les examens du même type réalisés depuis.
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	
Dépistage du VIH, de maladies sexuellement transmissibles ou d'hépatites virales ?		NON	OUI	<b>Si OUI, il faut apporter</b> les résultats des examens.
Traitement pour une infection sexuellement transmissible ?		NON	OUI	<b>Si OUI, laquelle ?</b>
Admission aux urgences et/ou hospitalisation ?		NON	OUI	<b>Si OUI, il faut apporter</b> le(s) compte(s) rendu(s) d'examen(s) (dont radio), d'hospitalisation et de passage aux urgences.
↳ Si OUI Pour quel(s) motif(s) ?				
VOS ALLERGIES		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins, etc...) ?		NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI à au moins une des 10 questions relatives à vos allergies, il faut apporter :</b> - Le résultat des tests d'allergologie que vous avez réalisés ; - Les courriers médicaux en rapport avec ces allergies (spécialistes, médecins traitants, hôpital, urgences, etc...) ;
Avez-vous des allergies alimentaires (incluant notamment les fruits exotiques, l'arachide, le gluten, les fruits de mer et les crustacés) ?		NON	OUI	
Êtes-vous allergique au latex (ex : gants, préservatifs, etc...) ?		NON	OUI	
Avez-vous des allergies aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou autres insectes ?		NON	OUI	

\* 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).

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).
Êtes-vous allergique à un ou plusieurs médicament(s) ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , 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 ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez :
Avez-vous une autre allergie non citée précédemment ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , laquelle ?
Avez-vous ou avez-vous eu un traitement pour votre/vos allergie(s) ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , lequel ?
Avez-vous déjà eu recours à des soins d'urgence (pompiers, SAMU, urgences) ou bénéficié d'une hospitalisation suite à une réaction allergique ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez la cause et la date :
VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
<b>Chirurgie</b>	Avez-vous déjà bénéficié d'une opération (en hospitalisation, en chirurgie ambulatoire) ?	NON	OUI	<b>Si OUI, il faut apporter</b> les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation.
	↳ <b>Si OUI</b> Pour quel(s) motif(s) ?			
<b>Anesthésie</b>	Avez-vous déjà bénéficié d'une ou plusieurs anesthésie(s) générale(s) ?	NON	OUI	<b>Si OUI, il faut apporter</b> les comptes rendus opératoires ou d'hospitalisation.
	↳ <b>Si OUI</b> Pour quel(s) motif(s) ?			
<b>Membres supérieurs</b>	Avez-vous déjà eu une ou plusieurs luxation(s) d'épaule ?	NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI à au moins une de ces 4 questions, il faut apporter :</b> - Les courriers médicaux des orthopédistes, chirurgiens, rééducateurs, médecins du sport, médecins traitants, etc... - Les comptes rendus d'imageries (scanner, IRM, radiographie, échographie, etc...) et d'hospitalisation.
	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	
<b>Membres inférieurs</b>	Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes aux genoux (blocage, douleurs, entorse, etc...) ?	NON	OUI	- les comptes rendus opératoires ; - Les bilans de kinésithérapie, podologie, etc... - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
	Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes aux hanches, cuisses, jambes, chevilles ou pieds ?	NON	OUI	
Avez-vous eu des fractures ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , lesquelles et quand ?
Êtes-vous porteur de broches, clous, vis ou plaques ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , indiquez la localisation :
Avez-vous été victime d'un accident ayant entraîné des séquelles ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , quelles séquelles ?
Avez-vous eu d'autres problèmes au niveau des articulations, des os, ou des muscles ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , précisez :
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien ou d'une commotion cérébrale ?		NON	OUI	<b>Si OUI, il faut apporter</b> les comptes rendus d'hospitalisation et des urgences, le courrier du neurologue et les comptes rendus d'imageries cérébrales (scanner, IRM).
↳ <b>Si OUI</b>	Avez-vous perdu connaissance ?	NON	OUI	
	Avez-vous des séquelles ?	NON	OUI	<b>Si OUI</b> , quelles séquelles ?
VOTRE VUE		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Portez-vous des lunettes, des lentilles de contact (souples ou rigides) ?		NON	OUI	<b>Si OUI, il faut impérativement apporter vos lunettes et prévoir un nécessaire de stockage pour les porteurs de lentilles</b> le jour de la visite médicale ainsi que votre dernière ordonnance de lunettes.
Avez-vous un problème de vision des couleurs ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , lequel ?
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , avez-vous des séquelles ?
Avez-vous ou avez-vous eu d'autre(s) maladie(s) des yeux ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , laquelle ?
Avez-vous été opéré(e) des yeux (incluant la chirurgie réfractive cornéenne ou intra-oculaire : PKR, LASIK, SMILE, implant phake, etc...)		NON	OUI	<b>Si OUI, il faut apporter :</b> - le compte-rendu opératoire ou d'hospitalisation ; - les courriers de votre ophtalmologue ou médecin traitant.
↳ <b>Si OUI</b>	Date de la dernière intervention ?			
	De quelle intervention avez-vous bénéficié ?			
VOS OREILLES ET VOTRE NEZ		Réponses		Commentaires / Compléments d'informations
Entendez-vous mal et/ou avez-vous des sifflements dans les oreilles ?		NON	OUI	<b>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 :</b> - Le courrier du spécialiste (ORL) ou du médecin traitant ; - Les résultats des examens complémentaires réalisés.
Avez-vous ou avez-vous eu une ou des maladie(s) des oreilles, du nez, des sinus ou du cou ?		NON	OUI	
Avez-vous ou avez-vous eu des troubles de l'équilibre ou des vertiges ?		NON	OUI	
Avez-vous été opéré(e) des oreilles, du nez, des sinus, du cou ou de la thyroïde ?		NON	OUI	<b>Si OUI, il faut apporter</b> les comptes rendus opératoires et d'hospitalisation, et les courriers médicaux de suivi.
VOS DENTS		Réponse		Commentaires / Compléments d'informations
Bénéficiez-vous d'un suivi dentaire régulier ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , date de la dernière visite :
Avez-vous des soins dentaires et/ou orthodontiques en cours ?		NON	OUI	<b>Si OUI</b> , lesquels ?

VOTRE DOS		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ?		NON	OUI	<b>Si vous avez répondu OUI (et que vous avez consulté un médecin pour ce problème), il faut apporter :</b> - Le courrier du spécialiste (orthopédiste, neurochirurgien, rhumatologue, etc..) ou du médecin traitant ; - Les résultats des examens complémentaires réalisés (radiographie, scanner, IRM) ; - Les comptes rendus d'infiltration, de rééducation, de kinésithérapie, d'ostéopathie, etc... ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Date du dernier épisode douloureux				
↳ Si OUI	Les douleurs sont-elles permanentes et/ou fréquentes ?	NON	OUI	
	Les douleurs surviennent-elles après un effort et/ou après le port de charges lourdes ?	NON	OUI	
	Ces douleurs sont-elles apparues après un accident ?	NON	OUI	
Prenez-vous parfois un traitement contre vos douleurs de dos ?		NON	OUI	
VOS SOUCIS		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue ?		NON	OUI	<b>Si vous avez déjà consulté un psychiatre, un psychologue ou votre médecin traitant (ou un autre médecin) pour l'un de ces soucis, il faut apporter :</b> - Le courrier du spécialiste (psychiatre, psychologue) ou du médecin traitant ; - Les comptes rendus d'hospitalisation ou de passage aux urgences ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Êtes-vous claustrophobe (peur des espaces confinés) ?		NON	OUI	
Avez-vous fait des crises d'angoisse ?		NON	OUI	
Avez-vous eu des crises de nerf ou des colères violentes ?		NON	OUI	
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie, etc...) ?		NON	OUI	
Vous êtes-vous infligé(e) des blessures volontaires ?		NON	OUI	
Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?		NON	OUI	
Avez-vous été renvoyé(e) d'un établissement scolaire ou été déscolarisé(e) ?		NON	OUI	
Avez-vous eu des ennuis avec la justice ?		NON	OUI	
VOS HABITUDES DE VIE		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Combien d'heures de sport faites-vous par semaine ?		h/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	<b>Si vous avez déjà été hospitalisé(e) ou si vous avez déjà consulté un addictologue, alcoologue ou votre médecin traitant pour un sevrage à une drogue ou à l'alcool, il faut apporter :</b> - les courriers de l'addictologue, alcoologue ou médecin traitant ; - les comptes rendus d'hospitalisation(s) ou de cure(s) ; - Les ordonnances des traitements actuels ou passés *.
Avez-vous été ou êtes-vous sous traitement substitutif de l'héroïne ?		NON	OUI	
Vous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez ou avez-vous l'impression de trop consommer de toxiques et/ou d'alcool ?		NON	OUI	
Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ou avez-vous déjà bénéficié(e) d'une cure dans le cadre d'un sevrage ou d'une désintoxication ?		NON	OUI	
Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques ?		NON	OUI	
↳ Si OUI Précisez les drogues et la date de dernière consommation				
VOS AUTRES SOUCIS DE SANTÉ		Réponse		Commentaires / Compléments d'information
Sur la dernière année, avez-vous eu un congé maladie (arrêt de travail, exemption scolaire, etc...) ?		NON	OUI	Si OUI, pour quels motifs ?
Dans les prochains mois, devez-vous subir des examens médicaux ou subir une intervention 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-vous un médicament régulièrement (dont contraception) ?		NON	OUI	Si OUI, il faut apporter vos ordonnances*.
↳ Si OUI Précisez				
Avez-vous actuellement ou avez-vous eu d'autre(s) maladie(s) ou problème(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				
<b>Informations complémentaires que vous estimez nécessaires de porter à la connaissance du médecin</b>				
VOTRE MEDECIN TRAITANT		Réponse		
Nom et ville de votre médecin traitant				

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:**