

Questionnaire médical*

Nom, prénom : _____ **né(e) le :** _____ **à** _____

Adresse en France : (Préciser si la boîte aux lettres n'est pas au même nom)

Date limite d'envoi :

Tél fixe :

Mobile :

Fax :

Mail :

Adresse à l'étranger : (préciser à compter de quelle date)

Tél fixe :

Mobile :

Fax :

Mail :

Statut social : célibataire marié(e)- vivant maritalement ou PACS – divorcé(e)- veuf (ve)

Nombre d'enfants :

Profession :

Groupe sanguin :

Antécédents familiaux marquants (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, cancer du colon ou du sein, diabète, maladie de la thyroïde, asthme, tuberculose, mélanome, opération cardiaque, maladie mentale ou dégénérative...) ou **âge et cause du décès si connue :**

⇒ Pour votre père :

⇒ Pour votre mère :

⇒ Pour vos frères et sœurs :

Antécédents personnels :

⇒ **Séjours professionnels de longue durée à l'étranger** (dates et lieux) :

⇒ **Fumez-vous ?** Si oui : depuis quel âge ? et combien de cigarettes par jour actuellement ?

⇒ **Votre consommation d'alcool** est-elle journalière, indiquez le nombre de verres par jour : ou festive (à l'occasion) ?

⇒ **Avez-vous une activité physique ?**

⇒ **Présentez-vous ou avez-vous présenté une de ces maladies ?** (entourez la pathologie et précisez, si possible, l'année de survenue).

- Hypertension artérielle, infarctus du myocarde, angine de poitrine, maladie des artères ou des veines, souffle au cœur.
- Diabète, goutte, problème de cholestérol.
- Ulcère gastro-duodéal, hépatite, cirrhose du foie.
- Asthme, tuberculose
- Maladie des reins ou des organes génitaux, coliques néphrétiques (calculs), sang ou albumine dans les urines.
- Allergie, urticaire, eczéma.
- Cancer de tout organe :
- Maladie neurologique : épilepsie ou comitialité, paralysie, maladie nerveuse chronique (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Creutzfeldt Jacob, maladie d'Alzheimer...), sciatique.
- Maladies psychiatriques : dépression, névrose d'angoisse, psychose maniaco-dépressive (ou maladie bipolaire)...
- Pathologie traumatique : entorse grave, fracture osseuse, traumatisme crânien avec perte de connaissance.
- Maladies tropicales : paludisme, amibiase, bilharziose, filariose, parasites intestinaux.
- Toute autre pathologie non citée :

⇒ Avez-vous été opéré ? Si oui, de quoi ?

⇒ Au cours de votre séjour, êtes-vous susceptible d'être rapatrié pour un bilan médical ?

Paris le :

Signature :