

Questionnaire médical stagiaire

Ce questionnaire est couvert par le secret médical.

Administratif

N° registre national:	Ecole:
Nom + prénom:	Adresse école:
Domicile:	Formation:
Tél/gsm:	Médecin de famille: (nom/commune)
E-mail:	
Sexe:	

Médical

Non **Oui**

Etes-vous en bonne santé ? Si non, de quoi souffrez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Avez-vous consulté un médecin au cours de l'année passée ? Si oui, pourquoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Avez-vous une invalidité ou un défaut physique ? Si oui, lequel(le) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Avez-vous déjà été opéré ? Si oui, de quoi et quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Avez-vous déjà eu un accident avec blessures ? Si oui, quel type d'accident et quand ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Etes-vous allergique ? Si oui, à quoi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Fumez-vous ? Si oui, combien et depuis combien de temps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, combien de verres par jour? Et quel alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Consommez-vous des drogues ? Si oui, lesquelles et à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Pratiquez-vous un sport ? Si oui, lequel et à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		
Pour les femmes : êtes-vous enceinte en ce moment ? Si oui, date prévue de l'accouchement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→		

Remarques

Vaccinations

Date dernière vaccination

Tétanos/...../.....
Hépatite A/...../.....
Hépatite B/...../.....

Je déclare avoir rempli ce questionnaire conformément à la vérité.
J'emporte les documents importants (carte de vaccination, rapports médicaux).

Date	Signature
...../...../.....	