

QUESTIONNAIRE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE

A renseigner lors de la visite initiale ou de sélection

CONFIDENTIEL MÉDICAL

NOM *APELLIDOS* : Prénom *Nombre* : Sexe *Sexo* :
 Date et lieu de naissance *Fecha y Lugar de nacimiento* :
 Adresse *Domicilio* :
 Nationalité *Nacionalidad* :

Répondez au questionnaire en cochant la case correspondant à votre cas : Oui Non

Responda al cuestionario marcando una x en la casilla correspondiente a su caso.

Si vous ne savez pas répondre à certaines questions, mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question.

Si no sabe responder a alguna de las preguntas, escriba NSP (ne sait pas) delante de la pregunta.

Antécédents familiaux - Antecedentes familiares

Age du père :ans ; est-il malade ? Oui Non

Edad del padre :años ; ¿ sufre alguna enfermedad ?

Si OUI, quelle est sa maladie :

Si es así, ¿ cuál es su enfermedad ?

Si décédé, précisez la cause :

Si falleció, especifique las causas del fallecimiento.

Age de la mère :ans ; est-elle malade ? Oui Non

Edad de la madre : años ; ¿ sufre alguna enfermedad ?

Si OUI, quelle est sa maladie :

Si es así, ¿ cuál es su enfermedad ?

Si décédée, précisez la cause :

Si falleció, especifique las causas del fallecimiento.

Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur, oncle, tante, cousin, cousine) a-t-il ou a-t-il eu une de ces maladies ?

¿ Alguno de los miembros de su familia (padres, abuelos, hermano, hermana, tío, tía, primo, prima) sufre o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades ?

Asthme *Asma* Oui Non

Tuberculose *Tuberculosis* Oui Non

Hypertension artérielle ou maladie du cœur Oui Non

Hipertensión arterial o enfermedad del corazón

Mort subite (d'effort ou non) *Muerte súbita (causado o no por un esfuerzo)* Oui Non

Diabète *Diabetes* Oui Non

Cancer *Cáncer* Oui Non

Autre maladie *Otra enfermedad* Oui Non

Antécédents médicaux personnels - Antecedentes médicos personales

Avez-vous eu une des maladies suivantes ? *¿ Ha sufrido usted alguna de las siguientes enfermedades ?*

Bronchite fréquente *Bronquitis frecuente* Oui Non

Asthme *Asma* Oui Non

Tuberculose *Tuberculosis* Oui Non

Syncope, évanouissement *Síncope, desmayo* Oui Non

Palpitations *Palpitaciones* Oui Non

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Hypertension artérielle ou maladie du cœur <i>Hipertensión arterial o enfermedad del corazón</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, précisez : | | |
| <i>En caso afirmativo, precise:</i> | | |
| Manifestations d'intolérance à l'effort (maaises divers) <i>Manifestaciones de intolerancia al esfuerzo (Malestares diversos)</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, précisez : | | |
| <i>En caso afirmativo, precise:</i> | | |
| Diabète <i>Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Jaunisse, hépatite <i>Ictericia, hepatitis</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, précisez : | | |
| <i>En caso afirmativo, precise</i> | | |
| Ulcère d'estomac <i>Úlcera de estómago</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autres troubles digestifs <i>Otros problemas digestivos</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang) <i>Anomalías en la orina (albúmina, azúcar, sangre)</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, précisez : | | |
| <i>En caso afirmativo, precise:</i> | | |
| Calcul rénal ou urinaire <i>Cálculo renal o urinario</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Rhumatisme articulaire aigu <i>fiebre reumática aguda</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Méningite, encéphalite <i>Meningitis, encefalitis</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Epilepsie, convulsions <i>Epilepsia, convulsiones</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Paralysies <i>Parálisis</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladies gynécologiques <i>Enfermedades ginecológicas</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autres maladies <i>Otras enfermedades</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, précisez : | | |
| <i>En caso afirmativo, precise :</i> | | |
| Avez-vous déjà été hospitalisé ? <i>¿ Ha estado alguna vez hospitalizado ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, précisez le motif : | | |
| <i>En caso afirmativo precise el motivo</i> | | |

Terrain allergique - Terreno alérgico

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Etes-vous allergique à certains médicaments ? <i>¿ Es usted alérgico a algún medicamento ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, lesquels : | | |
| <i>En caso afirmativo, ¿ a cuáles ?</i> | | |
| Avez-vous des allergies cutanées (urticaire, eczéma) ? <i>¿ Sufre usted alguna alergia cutánea (urticaria, eccema) ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins) ? <i>¿ Sufre usted alguna alergia respiratoria (rinitis, fiebre del heno) ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des contre-indications aux vaccinations ? <i>¿ Padece usted alguna contraindicación contra las vacunas ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, lesquelles : | | |
| <i>En caso afirmativo, ¿ cuáles ?</i> | | |
| Avez-vous des allergies aux piqûres de guêpes ou d'abeilles ? <i>¿ Es usted alérgico a la picadura de las avispa o las abejas ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, avez-vous été désensibilisé ? | | |
| <i>En caso afirmativo, ¿ ha sido usted desensibilizado ?</i> | | |

Antécédents chirurgicaux et traumatiques - Antecedentes quirúrgicos y traumáticos

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? <i>¿ Ha sido usted intervenido quirúrgicamente ?</i> | | |
| Appendice <i>Apendicitis</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Hernie <i>Hernia</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autre, laquelle ? <i>Otra, ¿ cuál ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous eu une anesthésie générale ? <i>¿ Ha recibido usted anestesia general ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien ? <i>¿ Ha sido usted víctima de un traumatismo craneano ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, y a-t-il eu perte de connaissance ? <i>En caso afirmativo, ¿ perdió usted el conocimiento ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Vous reste-t-il des séquelles ? <i>¿ Le quedaron secuelas ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu des fractures des membres ? <i>¿ Ha tenido usted fractura de algún miembro ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, à quel membre ? <i>En caso afirmativo, ¿ de cuál ?</i> | | |
| Etes-vous encore porteur de matériel métallique ? <i>¿ Lleva usted todavía material metálico ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocage, douleur, entorse) ? <i>¿ Ha padecido usted problemas en las rodillas (bloqueo, dolor, esguince) ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu des luxations ou des entorses ? <i>¿ Ha sufrido usted luxaciones o esguinces ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, précisez : <i>En caso afirmativo precise :</i> | | |
| Yeux - Ojos | | |
| Portez-vous des lunettes ou des lentilles ? <i>¿ Utiliza gafas o lentillas ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil ? <i>¿ Ha sufrido usted alguna herida o algún traumatismo del ojo ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu d'autres maladies de yeux ? <i>¿ Padece usted alguna otra enfermedad en los ojos ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nez, gorge, oreilles, dents - Nariz, garganta, oídos, dientes | | |
| Entendez-vous mal ? <i>¿ Oye usted mal ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou ? <i>¿ Ha tenido alguna enfermedad de los oídos, sinus o cuello ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ? <i>¿ Ha tenido usted problemas de equilibrio ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou ? <i>¿ Ha sido usted operado de los oídos, la nariz, los sinus o el cuello ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous des caries dentaires ? <i>¿ Tiene usted caries dentales ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Colonne vertébrale - Columna vertebral | | |
| Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ? <i>¿ Sufre usted de la espalda o de la columna vertebral ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI : <i>En caso afirmativo :</i> | | |
| Est-ce en permanence ? <i>¿ Es permanente ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Après effort ? <i>¿ Después de realizar un esfuerzo ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Les douleurs sont-elles apparues après un accident ? <i>¿ Han aparecido los dolores después de un accidente ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Troubles nerveux - Problemas nerviosos | | |
| Avez-vous fréquemment mal à la tête ? <i>¿ Sufre usted dolores de cabeza frecuentes ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme ? <i>¿ Ha tenido desvanecimientos o desmayos sin traumatismo previo ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression ? <i>¿ Ha tenido usted alguna enfermedad nerviosa o depresión ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes ? <i>¿ Ha sufrido usted alguna crisis de nervios o cóleras violentas ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous fait une tentative de suicide ? <i>¿ Ha cometido usted alguna tentativa de suicidio ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) ? <i>¿ Ha tenido usted problemas de alimentación (anorexia, bulimia) ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux ? <i>¿ Está usted actualmente en tratamiento por problemas nerviosos ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Habitudes de vie - Hábitos de vida

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Faites-vous du sport ? <i>¿ Practica usted algún deporte ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI : <i>En caso afirmativo :</i> | | |
| Indiquez le ou les sports pratiqués : | | |
| <i>Indique el deporte o los deportes practicados :</i> | | |
| Depuis quand ? <i>¿ Desde cuándo ?</i> | | |
| nombre d'heures par semaine ? | | |
| <i>¿ Número de horas por semana ?</i> | | |
| Etes-vous fumeur habituel de tabac ? <i>¿ Fuma usted habitualmente ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc.) ? <i>¿ Bebe alcohol (cerveza, vino, aperitivo, etc) ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques ? <i>¿ Ha consumido alguna vez drogas o estupefacientes ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI : <i>En caso afirmativo :</i> | | |
| Précisez lesquels : <i>Precise cuáles :</i> | | |
| En avez-vous pris récemment ? <i>¿ Los ha consumido recientemente ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous été traité pour maladie sexuelle ? <i>¿ Ha sido tratado alguna vez por alguna enfermedad sexual ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH ? <i>¿ Se le ha realizado alguna vez el test del VIH ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Etes-vous donneur de sang régulier ? <i>¿ Es usted donante de sangre regular ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Traitements - Tratamientos

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement ? <i>¿ Recibe usted algún tratamiento médico actualmente ?</i> | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si OUI, quels médicaments ? | | |
| <i>En caso afirmativo, ¿ qué medicamentos ?</i> | | |

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.
El abajo firmante certifico haber respondido de manera veraz el presente cuestionario y no tener otros problemas de mi estado de salud aparte de los señalados.

Date et signature du candidat,
Fecha y firma del candidato,