

QUESTIONNAIRE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE

A renseigner lors de la visite initiale ou de sélection

请用法语填写

CONFIDENTIEL MÉDICAL	
NOM 姓 :	Prénom 名 :
Date et lieu de naissance 出生日期, 地点 :	
Adresse 住址 :	
Nationalité 国籍 :	
Répondez au questionnaire en cochant la case correspondant à votre cas : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
标记出与你情况相符的项	
Si vous ne savez pas répondre à certaines questions, mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question.	
对不知道的问题, 在问题旁边标记 NSP (不知道)	
Antécédents familiaux - 家族病史	
Age du père :ans ; est-il malade ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
父亲年龄 : 岁 ; 是否有病?	
Si OUI, quelle est sa maladie ?	
如果是, 什么病?	
Si décédé, précisez la cause :	
如果已逝, 指出原因	
Age de la mère :ans ; est-elle malade ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
母亲年龄 : 岁 ; 是否有病?	
Si OUI, quelle est sa maladie ?	
如果是, 什么病?	
Si décédée, précisez la cause :	
如果已逝, 指出原因:	
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 ?	
家庭成员之一(父母, 祖父母, 兄弟姐妹, 叔叔, 唐表兄妹)是否患有或曾患下列疾病:	
Asthme 哮喘 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Tuberculose 结核 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hypertension artérielle ou maladie du cœur 动脉高血压或心脏病 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mort subite (d'effort ou non) 突然死亡 (是否在体力活动后) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Diabète 糖尿病 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cancer 癌症 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre maladie 其它疾病 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Antécédents médicaux personnels - 个人病史	
Avez-vous eu une des maladies suivantes ? 您是否有下列疾病	
Bronchite fréquente 支气管炎 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Asthme 哮喘 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Tuberculose 结核 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Syncope, évanouissement 昏厥 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Palpitations 心悸	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hypertension artérielle ou maladie du cœur 动脉高血压或心脏病	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :		
如果有, 请具体指出 :		
Manifestations d'intolérance à l'effort (malaises divers)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
是否有某种病症而不适合体力活动 (包括各种疾病)		
Si OUI, précisez :		
如果有, 请具体指出 :		
Diabète 糖尿病	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Jaunisse, hépatite 黄疸, 肝炎	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :		
如果有, 请具体指出 :		
Ulcère d'estomac 胃溃疡	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres troubles digestifs 其它消化系统疾病	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
尿检不正常 (蛋白, 糖, 血)		
Si OUI, précisez :		
如果有, 请具体指出 :		
Calcul rénal ou urinaire 尿结石, 肾结石	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
风湿病 (链球菌感染引起心脏炎和关节疼痛等并发症)		
Méningite, encéphalite 脑膜炎, 脑炎	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Epilepsie, convulsions 癫痫, 抽搐	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Paralysies 瘫痪	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies gynécologiques 妇科病	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres maladies 其它疾病	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :		
如果有, 请具体指出 :		
Avez-vous déjà été hospitalisé ? 曾经住过医院吗?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez le motif : 如果有, 请指出原因 :		
Terrain allergique - 过敏体质		
Etes-vous allergique à certains médicaments ? 是否对某些药物过敏?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, lesquels : 如果是, 哪些:		
Avez-vous des allergies cutanées (urticaire, eczéma) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
是否皮肤过敏 (荨麻疹, 湿疹) ?		
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
是否有呼吸系统过敏 (哮喘, 植物过敏) ?		
Avez-vous des contre-indications aux vaccinations ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
是否对疫苗有禁忌?		
Si OUI, lesquelles : 如果是, 哪些:		
Avez-vous des allergies aux piqûres de guêpes ou d'abeilles ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
是否被胡蜂或蜜蜂蜇后过敏?		
Si OUI, avez-vous été désensibilisé :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
如果是, 是否进行过抗过敏治疗?		
Antécédents chirurgicaux et traumatiques - 外科和创伤病史		
Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? 是否接受过外科手术?		
Appendice 阑尾	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hernie 疝气	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre, laquelle ? 其它, 是哪些?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous eu une anesthésie générale ? 是否曾有过全身麻醉?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien ? 是否曾有过头颅损伤?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, y a-t-il eu perte de connaissance ? 如果是, 是否曾失去知觉?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous reste-t-il des séquelles ? 是否有后遗症?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des fractures des membres ? 是否有过肢体骨折?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, à quel membre ? 如果是, 什么部位?		
Etes-vous encore porteur de matériel métallique ? 是否仍带着支架或钢板?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocage, douleur, entorse) 膝部是否有过问题? (关节活动障碍, 疼痛, 扭伤)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des luxations ou des entorses ? 是否有过脱臼或扭伤?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez : 如果有, 请具体指出:		

Yeux - 眼睛

Portez-vous des lunettes ou des lentilles ? 是否戴眼镜或隐形眼镜?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil ? 是否有过眼部损伤?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu d'autres maladies des yeux ? 是否有其它眼疾?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nez, gorge, oreilles, dents - 耳鼻喉齿

Entendez-vous mal ? 是否听力有障碍?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou ? 是否有过耳, 窦, 颈部疾病?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ? 是否有过平衡障碍?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou ? 是否曾有过耳鼻喉手术?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des caries dentaires ? 是否有龋齿?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Colonne vertébrale - 脊柱

Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ? 是否有背或脊柱痛?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI: 如果有		
Est-ce en permanence ? 是否长期?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Après effort ? 是否体力活动后?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les douleurs sont-elles apparues après un accident ? 是否在意外事故后出现?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Troubles nerveux - 神经系统疾病

Avez-vous fréquemment mal à la tête ? 是否经常头痛?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme ? 是否曾有过非创伤昏厥?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression ? 是否有过神经系统疾病或抑郁?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

- Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes ? Oui Non
 是否有过神经发作或暴怒？
- Avez-vous fait une tentative de suicide ? Oui Non
 是否有过自杀念头？
- Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) ? Oui Non
 是否有过饮食疾病（厌食，易饥）
- Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux ? Oui Non
 是否有过或正在进行神经系统治疗？

Habitudes de vie - 生活习惯

Faites-vous du sport ? 是否做运动？ Oui Non

Si OUI : 如果是

Indiquez le ou les sports pratiqués : 指出所做的运动：

Depuis quand ? 从何时开始？

nombre d'heures par semaine ? 每周多少小时？

Etes-vous fumeur habituel de tabac ? 是否吸烟？ Oui Non

Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc.) ? Oui Non
 是否饮酒（啤酒，葡萄酒，开胃酒等）？

Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques ? Oui Non
 是否曾吸过毒品或麻醉品？

Si OUI : 如果是

Précisez lesquels : 具体指出

En avez-vous pris récemment ? 近期是否服用过？ Oui Non

Avez-vous été traité pour maladie sexuelle ? 是否用于治疗性疾病？ Oui Non

Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH ? 是否接受过艾滋病普查？ Oui Non

Etes-vous donneur de sang régulier ? 是否定期献血？ Oui Non

Traitements - 治疗

Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement ? Oui Non
 是否正在进行药物治疗？

Si OUI, quels médicaments ? 如果是，什么药物？

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.

我愿署名，保证真实地回答了此调查问卷，除了以上回答的疾病外，本人不知还患有何种其它疾病。

Date et signature du candidat, 日期，署名