

**QUESTIONNAIRE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE**

A renseigner lors de la visite initiale ou de sélection

**CONFIDENTIEL MÉDICAL**

NOM (NAME) : ..... Prénom (First name) : ..... Sexe (Sex) : .....  
 Date et lieu de naissance (Date and place of birth): .....  
 Adresse (Address): .....  
 Nationalité (Nationality): .....

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

*Please tick the relevant answer.*

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

*If you do not know how to answer a question, write NSP (i.e. I don't know) in the space before.*

**Antécédents familiaux - Family Medical History**

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

*How old is your father ? ..... years ; Does he have any illness ?*

Si OUI, quelle est sa maladie : .....

*If YES, what are his ailments ?*

Si décédé, précisez la cause : .....

*If deceased, what was the cause ?*

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

*How old is your mother ? ..... years ; Does she have any illness ?*

Si OUI, quelle est sa maladie : .....

*If YES, what are his ailments ?*

Si décédée, précisez la cause : .....

*If deceased, what was the cause ?*

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 ?

*Did any member of your family (parents, grand-parents, brother, sister, uncle, aunt, cousins) suffer from one of the following ?*

Asthme *asthma*  Oui  Non

Tuberculose *tuberculosis*  Oui  Non

Hypertension artérielle ou maladie du cœur  Oui  Non

*high blood pressure or heart disease*

Mort subite (d'effort ou non) *sudden death, after physical activity or not*  Oui  Non

Diabète *diabetes*  Oui  Non

Cancer *cancer*  Oui  Non

Autre maladie *other disease*  Oui  Non

**Antécédents médicaux personnels - Personal Medical History**

Avez-vous eu une des maladies suivantes ? *Have you had any of the following ?*

Bronchite fréquente *recurant bronchitis*  Oui  Non

Asthme *asthma*  Oui  Non

Tuberculose *tuberculosis*  Oui  Non

Syncope, évanouissement *fainting fit*  Oui  Non

Palpitations *palpitations*  Oui  Non

Hypertension artérielle ou maladie du cœur <i>high blood pressure or heart disease</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :..... <i>If YES, please indicate which one(s) :</i>		
Manifestations d'intolérance à l'effort (malaises divers) <i>problems after physical activity</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :..... <i>If YES, please indicate which one(s) :</i>		
Diabète <i>diabetes</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Jaunisse, hépatite <i>jaundice, hepatitis</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :..... <i>If YES, please indicate which one(s) :</i>		
Ulcère d'estomac <i>stomach ulcer</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres troubles digestifs <i>other digestive problems</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang) <i>Urinary abnormalities (albumin, sugar, blood)</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :..... <i>If YES, please indicate which one(s) :</i>		
Calcul rénal ou urinaire <i>renal or urinary stones</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu <i>Rheumatic Fever</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Méningite, encéphalite <i>meningitis, encephalitis</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Epilepsie, convulsions <i>epilepsy, convulsions</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Paralysies <i>paralysis</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Maladies gynécologiques <i>gynecologic diseases</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres maladies <i>any other illness</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :..... <i>If YES, please indicate which one(s) :</i>		
Avez-vous déjà été hospitalisé ? <i>Have you ever been in hospital ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez le motif ..... <i>If YES, please indicate the reason :</i>		

### Terrain allergique - Allergies

Etes-vous allergique à certains médicaments ? <i>Are you allergic to any medication ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, lesquels :..... <i>If YES, please indicate which one(s) :</i>		
Avez-vous des allergies cutanées (urticaire, eczéma) ? <i>Do you have skin allergies (hives, eczema) ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des allergies respiratoires (asthme, rhume des foins) ? <i>Do you have a respiratory allergy (asthma, hay fever) ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des contre-indications aux vaccinations ? <i>Do you have reactions to any vaccines ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, lesquelles :..... <i>If YES, please indicate which one(s) :</i>		
Avez-vous des allergies aux piqûres de guêpes ou d'abeilles ? <i>Are you allergic to bee or wasp stings ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, avez-vous été désensibilisé ? <i>Have you already been desensitized ?</i>		
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### Antécédents chirurgicaux et traumatiques - Surgical & injury history

Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? <i>Have you undergone surgery ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Appendice <i>appendicitis</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
hernie(s) <i>hernia</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre, laquelle ? <i>others, please list: .....</i>		

Avez-vous eu une anesthésie générale ? <i>Have you been under general anesthetic ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien ? <i>Have you had a head injury ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, y a-t-il eu perte de connaissance ? <i>Did you lose consciousness ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous reste-t-il des séquelles ? <i>Were there any recurrences ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des fractures des membres ? <i>Have you ever had a bone fracture ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, à quel membre ? .....		
<i>If YES, please specify :</i>		
Etes-vous encore porteur de matériel métallique ? <i>Do you have a metal implant ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocage, douleur, entorse) ? <i>Do you have knee problems (such as locking, pain, sprain)?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des luxations ou des entorses ? <i>Have you had a dislocation or sprain ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, précisez :.....		
<i>If YES, please indicate which one(s)</i>		
<b>Yeux - Eyes</b>		
Portez-vous des lunettes ou des lentilles ? <i>Do you wear glasses or contact lenses ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil ? <i>Have you ever had an eye injury ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu d'autres maladies de yeux ? <i>Do you have other eye problems ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Nez, gorge, oreilles, dents - Nose, throat, ears and teeth</b>		
Entendez-vous mal ? <i>Do you have hearing problems ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou ? <i>Do you have ear, sinus or neck problems ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des troubles de l'équilibre ? <i>Do you have a problem with balance?</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>Have you ever had an ear, nose, sinus or neck operation?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des caries dentaires ? <i>Do you have tooth decay ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Colonne vertébrale - Spinal column</b>		
Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ? <i>Do you suffer from back or spinal column pain ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI : <i>If you do,</i>		
Est-ce en permanence ? <i>Do you have continuous pain ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Après effort ? <i>Do you suffer after physical activity ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Les douleurs sont-elles apparues après un accident ? <i>Is the pain due to an accident ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>Troubles nerveux - Nervous troubles</b>		
Avez-vous fréquemment mal à la tête ? <i>Do you often have headaches ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous eu des évanouissements en dehors d'un traumatisme ? <i>Have you ever fainted not due to an accident ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression ? <i>Have you had a nervous disorder or depression ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes ? <i>Have you had nervous breakdown or psychosis ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous fait une tentative de suicide ? <i>Have you ever tried to commit suicide ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie) ? <i>Do you have eating disorders such as anorexia or bulimia ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux ? <i>Have you ever been or are you still being treated for nervous disorder ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### Habitudes de vie - Life style

Faites-vous du sport ? <i>Do you practice sports ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI :		
Indiquez le ou les sports pratiqués : <i>If YES which one(s) ?</i> .....		
.....		
Depuis quand ? .....		
<i>For how long ?</i>		
nombre d'heures par semaine ? .....		
<i>how many hours per week ?</i>		
Etes-vous fumeur habituel de tabac ? <i>Do you smoke ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc.) <i>Do you drink alcohol (such as beer, wine, aperitifs...) ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques ? <i>Have you ever tried drugs or other toxic substances ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI : <i>If YES :</i>		
Précisez lesquels : .....		
<i>Please indicate which one(s)</i>		
En avez-vous pris récemment ? <i>Have you taken any recently ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous été traité pour maladie sexuelle ? <i>Have you been treated for sexually transmitted infection ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH ? <i>Have you had HIV test ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Etes-vous donneur de sang régulier ? <i>Are you a regular blood donor ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### Traitements - Treatments

Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement ? <i>Are you currently taking medication?</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si OUI, quels médicaments ? .....		
<i>If YES, please indicate which one(s)</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.  
*I, the undersigned, certify that I have answered this questionnaire to the best of my knowledge and do not know of any health problems other than those indicated.*

Date et signature du candidat,  
*Date and signature of the candidate,*