

## QUESTIONNAIRE MÉDICO-BIOGRAPHIQUE INITIAL

CONFIDENTIEL MEDICAL

Format A3.  
(recto-verso)

À renseigner lors de l'expertise médicale initiale

Nom : .....	Prénom : .....	Sexe : .....
Date et lieu de naissance : .....		
Adresse : .....		
Situation de famille : .....		Nombre d'enfants : .....
Profession actuelle : .....		Numéro de téléphone : .....

- Répondez au questionnaire médical en cochant à chaque ligne la case correspondant à votre cas.
- Si vous ne savez pas répondre à certaines questions mentionnez NSP (ne sait pas) face à la question.

### VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Age du père : .....ans ; est-il malade : .....  OUI  NON

Si OUI, quelle est sa maladie :

Si décédé, précisez la cause :

Age de la mère : .....ans ; est-elle malade : .....  OUI  NON

Si OUI, quelle est sa maladie :

Si décédée, précisez la cause :

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

- Asthme : .....  OUI  NON

- Tuberculose : .....  OUI  NON

- Hypertension artérielle ou maladie de cœur : .....  OUI  NON

- Mort subite (d'effort ou non) : .....  OUI  NON

- Diabète : .....  OUI  NON

- Cancer : .....  OUI  NON

- Maladie nerveuse : .....  OUI  NON

- Autre maladie : .....  OUI  NON

### VOS ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS :

Avez-vous eu une des maladies suivantes ?

- Bronchite fréquente : .....  OUI  NON

- Asthme : .....  OUI  NON

- Pneumothorax – pleurésie : .....  OUI  NON

- Tuberculose : .....  OUI  NON

- Syncope, évanouissement, perte de connaissance : .....  OUI  NON

- Palpitations : .....  OUI  NON

- Hypertension artérielle ou maladie du cœur : .....  OUI  NON

Si OUI, précisez :

- Manifestations d'intolérance à l'effort (malaises divers) : .....  OUI  NON

Si OUI, précisez :

- Diabète : .....  OUI  NON

- Jaunisse – Hépatite : .....  OUI  NON

Si OUI, précisez :

- Ulcère d'estomac : .....  OUI  NON
- Autres troubles digestifs : .....  OUI  NON
- Anomalies dans les urines (albumine, sucre, sang) : .....  OUI  NON  
Si OUI, précisez :
- Anomalies sur un bilan sanguin : .....  OUI  NON  
Si OUI, précisez :
- Calcul rénal ou urinaire : .....  OUI  NON
- Rhumatisme articulaire aigu : .....  OUI  NON
- Méningite, encéphalite : .....  OUI  NON
- Epilepsie, convulsions : .....  OUI  NON
- Paralysies : .....  OUI  NON
- Maladies gynécologiques : .....  OUI  NON
- Autres maladies : .....  OUI  NON  
Si OUI, précisez :
- Avez-vous déjà été hospitalisé : .....  OUI  NON  
Si OUI, précisez le motif :

### **VOS ALLERGIES :**

- Etes-vous allergique à certains médicaments : .....  OUI  NON  
Si OUI, lesquels :
- Avez-vous des allergies de la peau (urticaire, eczéma) : .....  OUI  NON
- Avez-vous des allergies respiratoires (asthme – rhume des foins) : .....  OUI  NON
- Avez-vous des allergies alimentaires : .....  OUI  NON  
Si OUI, lesquelles :
- Avez-vous des contre-indications aux vaccinations : .....  OUI  NON  
Si OUI, lesquelles :
- Avez-vous une allergie aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou d'autres insectes : .....  OUI  NON  
Si OUI, avez-vous été désensibilisé :  OUI  NON

### **VOS ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX ET TRAUMATIQUES :**

- Avez-vous subi une intervention chirurgicale : .....  OUI  NON  
Si OUI, laquelle :
- Avez-vous eu une anesthésie générale : .....  OUI  NON
- Avez-vous été victime d'un traumatisme crânien : .....  OUI  NON  
Si OUI: y avait-il eu perte de connaissance : .....  OUI  NON  
Vous reste-t-il des séquelles : .....  OUI  NON
- Avez-vous eu des fractures des membres : .....  OUI  NON  
Si OUI, à quel membre :
- Êtes-vous encore porteur de broche, clou, vis ou plaque : .....  OUI  NON
- Avez-vous eu des problèmes aux genoux (blocages, douleur, entorse) : .....  OUI  NON
- Autres antécédents articulaires (luxations, entorses ...) ou osseux : .....  OUI  NON  
Si OUI, préciser :

### **VOTRE VUE :**

- Portez-vous des lunettes : .....  OUI  NON
- Portez-vous des lentilles ou verres de contact : .....  OUI  NON
- Avez-vous des problèmes de vision des couleurs : .....  OUI  NON
- Avez-vous subi une blessure ou un traumatisme de l'œil : .....  OUI  NON

- Avez-vous eu d'autres maladies des yeux : .....  OUI  NON
- Avez-vous bénéficié d'un traitement chirurgical de la myopie (laser, etc.) : .....  OUI  NON

**VOS OREILLES ET VOTRE NEZ :**

- Entendez-vous mal : .....  OUI  NON
- Avez-vous eu des maladies des oreilles ou des sinus ou du cou : .....  OUI  NON
- Avez-vous eu des troubles de l'équilibre : .....  OUI  NON
- Avez-vous été opéré des oreilles ou du nez ou des sinus ou du cou : .....  OUI  NON
- Utilisez-vous régulièrement un casque ou des écouteurs pour écouter la musique :  OUI  NON

**VOS DENTS :**

- Avez-vous des caries dentaires : .....  OUI  NON
- Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois :

**VOTRE COLONNE VERTEBRALE :**

- Souffrez vous du dos ou de la colonne vertébrale : .....  OUI  NON
- Si OUI : - est-ce en permanence : .....  OUI  NON
- après effort : .....  OUI  NON
- les douleurs sont-elles apparues après un accident : .....  OUI  NON

**VOS SOUCIS :**

- Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression : .....  OUI  NON
- Etes-vous claustrophobe (avez-vous peur dans un espace confiné ?) : .....  OUI  NON
- Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes : .....  OUI  NON
- Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (anorexie – boulimie) : .....  OUI  NON
- Avez-vous uriné au lit après l'âge de 7 ans : .....  OUI  NON
- Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles nerveux : ...  OUI  NON
- Vous êtes-vous infligé des blessures volontaires : .....  OUI  NON
- Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide : .....  OUI  NON
- Avez-vous été en institut médico-pédagogique : .....  OUI  NON
- Avez-vous été renvoyé d'un établissement scolaire : .....  OUI  NON
- Avez-vous eu des ennuis avec la justice : .....  OUI  NON

**VOS HABITUDES DE VIE :**

- Faites-vous du sport : .....  OUI  NON
- Si OUI - Indiquez le ou les sports pratiqués :
- Depuis quand et nombre d'heures par semaine :
- Etes-vous fumeur habituel de tabac : .....  OUI  NON
- Buvez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin, apéritif, etc.) : .....  OUI  NON
- Avez-vous eu des épisodes d'ivresse : .....  OUI  NON
- Avez-vous déjà consommé des drogues ou des toxiques : .....  OUI  NON
- Si OUI - Précisez lesquels :
- En avez-vous pris récemment : .....  OUI  NON
- Date de la dernière consommation :
- Vous sentez-vous dépendant de ce que vous consommez : .....  OUI  NON
- Etes-vous sous traitement substitutif d'une toxicomanie : .....  OUI  NON
- Avez-vous été traité pour maladie sexuelle : .....  OUI  NON
- Avez-vous bénéficié d'un dépistage du VIH : .....  OUI  NON

- Etes-vous donneur de sang régulier : .....  OUI  NON  
- Prenez-vous un traitement médicamenteux actuellement : .....  OUI  NON  
Si OUI - Quels médicaments ?

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :**

- Est-ce votre première visite médicale pour l'admission dans les armées ou la Gendarmerie :  OUI  NON  
- Avez-vous déjà servi dans les armées ou la Gendarmerie : .....  OUI  NON  
- Si OUI, y-a-t-il eu une inaptitude : .....  OUI  NON  
- Si OUI, laquelle :  
- Avez-vous eu une autre maladie non signalée dans le questionnaire : .....  OUI  NON  
Si OUI, laquelle :

**COORDONNEES DE VOTRE MEDECIN TRAITANT HABITUEL :**

- Nom et prénom : .....
- Adresse : .....
- Code postal et ville : .....
- Téléphone : .....

**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.**

Date et signature du candidat

*DOCUMENT A JOINDRE AU CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE INITIALE*