

QUESTIONNAIRE DE SANTE

(A remplir par le candidat /la candidate avant l'examen médical)

**CES INFORMATIONS SONT COUVERTES PAR LE SECRET MÉDICAL.
ELLES SONT À MON USAGE EXCLUSIF.**

Nom de l'entreprise :
Fonction :
Date d'engagement :
Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse privée :
Téléphone :

INFORMATIONS GÉNÉRALES :

Tabac : Fumez-vous ? Oui Non

Si oui, combien ? _____

Alcool : Buvez-vous des boissons alcoolisées ? _____
Régulièrement Occasionnellement
Préciser le type et la quantité :

Prise régulière de médicament : Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

Activité physique : Régulièrement Occasionnellement
Si oui, lesquelles / Pratique en heure pas semaine _____

INFORMATIONS MEDICALES :

Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ? Oui Non

Si non, pourquoi ? _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'affections ou de troubles ?

De L'appareil locomoteur (Dos en particulier) ?	Oui	Non
Psychologique – Gestion du stress ?	Oui	Non
Respiratoire (maladie des poumons – asthme)	Oui	Non
Digestive (ulcère, maladie inflammatoire de l'intestin)	Oui	Non
Cardio-vasculaire (hypertension, maladie coronarienne)	Oui	Non
Maladie veineuse (varices. thrombose)	Oui	Non
Neurologique (Epilepsie, SEP)	Oui	Non
Des yeux. Portez-vous des lunettes / verres de contact	Oui	Non
Des oreilles. Portez-vous un appareil auditif)	Oui	Non
De la peau	Oui	Non
Du métabolisme (Diabète, par ex.)	Oui	Non
D'allergie	Oui	Non
De maux de tête / Migraine	Oui	Non

De troubles non mentionnés ci-dessus

Oui Non

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, merci de préciser :

Devez-vous suivre actuellement un traitement médical ?

Si oui, lequel et pourquoi ?

Avez-vous été hospitalisé / opéré ces 5 dernières années ?

Si oui quand et pourquoi ?

Avez-vous subi des investigations médicales poussées au cours de ces 5 dernières années ?

Si oui, quand, lesquelles, résultats ?

Pensez-vous souffrir actuellement des séquelles de maladies ou d'accident antérieurs ?

Si oui, nature des séquelles ?

Avez-vous reçu ou recevez-vous des soins pour des difficultés psychologiques ou psychiatriques durant ces 5 dernières années ?

Si oui, lesquelles, quand, pendant combien de temps ?

Avez-vous du interrompre votre activité professionnelle pendant plus de 3 semaines consécutives durant les 5 dernières années en raison d'un problème médical ?

Si oui, quand et pourquoi ?

Nom et adresse de votre / vos médecins traitant

DECLARATION DU/ DE LA CANDIDAT-E :

Le/la soussignée certifie avoir répondu complètement et conformément à la vérité à toutes les questions de ce formulaire médical.

IL/ELLE AUTORISE LES MÉDECINS QUI L'ONT TRAITÉ-E À FOURNIR AU DR JC CANAVESE TOUTE INDICATION NÉCESSAIRE À DÉTERMINER L'APTITUDE MÉDICALE POUR REMPLIR LES TÂCHES DE L'EMPLOI SOLLICITÉ.

Lieu et date

Signature du/de la candidat-e