



## QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE EMAIL : \_\_\_\_\_

|   |                |
|---|----------------|
| <b>1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?</b><br>Si oui précisez _____   | <b>OUI NON</b> |
| <b>2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ?</b><br>Si oui précisez (date et conséquences) _____  | <b>OUI NON</b> |
| <b>3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?</b>  | <b>OUI NON</b> |
| <b>4°) Avez-vous une maladie chronique ?</b><br>Si oui précisez _____   | <b>OUI NON</b> |
| <b>5°) Avez-vous déjà eu une ou des :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Fracture</b> : quand _____ localisation _____</li><li>• <b>Entorse</b> : quand _____ localisation _____</li><li>• <b>Luxation</b> : quand _____ localisation _____</li></ul> | <b>OUI NON</b> |
| <b>6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ?</b><br>Si oui précisez _____   | <b>OUI NON</b> |
| <b>7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?</b><br>Si oui précisez _____  | <b>OUI NON</b> |
| <b>8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?</b>   | <b>OUI NON</b> |
| <b>9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)</b>  | <b>OUI NON</b> |
| <b>10°) Avez-vous des problèmes de vue ?</b><br>Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____   | <b>OUI NON</b> |
| <b>11°) Avez-vous des problèmes d'audition ?</b><br>Si oui, portez-vous une aide auditive : _____   | <b>OUI NON</b> |
| <b>12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :</b> _____<br>_____  | <b>OUI NON</b> |

Je soussigné(e) (nom/prénom) \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ signature : \_\_\_\_\_