



## QUESTIONNAIRE MEDICAL

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

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

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

<b>1°) Avez-vous déjà subit une intervention chirurgicale ?</b> Si oui précisez _____	OUI NON
<b>2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ?</b> Si oui précisez (date et conséquences) _____	OUI NON
<b>3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?</b>	OUI NON
<b>4°) Avez-vous une maladie chronique ?</b> Si oui précisez _____	OUI NON
<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>	OUI NON
<b>6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ?</b> Si oui précisez _____	OUI NON
<b>7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?</b> Si oui précisez _____	OUI NON
<b>8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?</b>	OUI NON
<b>9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)</b>	OUI NON
<b>10°) Avez-vous des problèmes de vue ?</b> Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____	OUI NON
<b>11°) Avez-vous des problèmes d'audition ?</b> Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI NON
<b>12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :</b> _____ _____	OUI NON

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

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