



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : VANNINEN PRENOM : MARKO

NUMERO DE TELEPHONE : +358 40 5874749

ADRESSE EMAIL : vanninen.vanninen@gmail.com

1°) Avez-vous déjà subit une intervention chirurgicale ? Si oui précisez <u>rhinoplastie et urolithotomie 2024-2025</u>	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2°) Avez-vous déjà était victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez _____	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : <ul style="list-style-type: none">• Fracture : quand <u>1983</u> localisation <u>cheville</u>• Entorse : quand _____ localisation _____• Luxation : quand _____ localisation _____	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez _____	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON

Je soussigné(e) (nom/prénom) VANNINEN MARKO certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.
Fait à JYVÄSKYLÄ le 28 / 07 / 2025 signature : _____