

NOM : MANALD
PRENOM : Eric



cadre réservé A-Center
N° de dossier :
Avis :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

(à usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 19/06/1965 TAILLE (en cm) : 182 cm POIDS (en kg) : 98 kg

| | |
|--|--|
| 1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ? | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ? | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage...) Si oui précisez _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui, est-elle traitée ? _____ - Si oui, quelle est la dernière mesure : _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexplicable ou à répétition ? | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ? | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ? | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ? | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |
| 17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____ | OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/> |

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus, ainsi que n'avoir dissimulé ni omis une quelconque information en lien avec mon état de santé et mes capacités physiques et mentales.

Fait à Clermont-Ferrand le 24/08/2015 signature : Eric