



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : AUROUSSAU PRENOM : ARNAUD

NUMERO DE TELEPHONE : 06 51 58 28 09

ADRESSE EMAIL : arnaud.auroseau@live.fr

1°) Avez-vous déjà subit une intervention chirurgicale ? Si oui précisez <u>Appendicite par laparoscopie</u>	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
2°) Avez-vous déjà était victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences)	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : <ul style="list-style-type: none">• Fracture : quand _____ localisation _____• Entorse : quand _____ localisation _____• Luxation : quand _____ localisation _____	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> 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 checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles :	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive :	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON

Je soussigné(e) (nom/prénom) AUROUSSAU ARNAUD certifie sur l'honneur
l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.
Fait à Audruicq le 27/10/2025 signature : [Signature]