NOM: PIETZI

PRENOM: Enc



N° d	e dossier		
Avis			

QUESTIONNAIRE DE SANTE

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

DATE DE NAISSANCE : 03 / 01 / 1966 TAILLE (er	en cm) : 174 cm POIDS (en kg) :	$_{T5}$ k
---	---------------------------------	-----------

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

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 <u>USTRAE MADOC</u> le <u>191091284</u> signature: