NOM : ANTOINE
PRENOM : <u>Jean-Philippe</u>



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

QUESTIONNAIRE DE SANTE

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

DATE DE NAISSANCE : $07 / 03_1969$	TAILLE (en cm) : <u>177</u> cm	POIDS (en kg) : _ <u>87</u> _ kg
------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline? 3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage) Si oui précisez 6°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez 5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? Si oui, est-elle traitée ? Si oui, est-elle traitée ? Si oui, quelle est la dernière mesure : Si oui, quelle est la dernière mesure : Si oui, quelle est la dernière mesure : Si oui, précisez 6°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? 7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? 6°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? Si oui précisez 9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? Si oui précisez 10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ? 9°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui ; quand et de quoi ? 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ? 9°) Avez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : 16°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : 9°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :	1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?		NON
Si oui précisez	2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	-OUI-	NON
Si oui précisez 5°) Avez-vous une hypertension artérielle? - Si oui, est-elle traîtée? - Si oui, quelle est la dernière mesure: 6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexpliqué ou à répétition? 7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide? 8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire)? Si oui précisez -OUI NON 9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou? Si oui précisez -OUI NON 10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance? -OUI NON 11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? -OUI NON 12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois? Si oui ; quand et de quoi? -OUI NON 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours? -OUI NON 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles? -OUI NON 15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique? -OUI NON 15°) Souffrez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires? -OUI NON		Θ₩-	NON
-Si oui, est-elle traitée ? -Si oui, quelle est la dernière mesure : -Si oui précition ? -OUI NON 8°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? -OUI NON 8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire) ? -OUI NON 9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou ? -OUI NON 10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ? -OUI NON 11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ? -OUI NON 12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? -OUI NON 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? -OUI NON 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? -OUI NON 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ? -OUI NON 15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? -OUI NON 16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ? -OUI NON		θ₩ι	NON
a répétition? 7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide? 8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire)? 5i oui précisez 9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou? 5i oui précisez 10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance? 10°) Avez-vous étés une femme, êtes-vous enceinte? OUI NON 12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois? 5i oui : quand et de quoi? 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours? 5i oui, lesquels: 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles? OUI NON 15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique? 5i oui, laquelle: 16°) Avez-vous des informations utiles à communiquer:	- Si oui, est-elle traitée ?	- 0∪ I	NON
8°) Avez-vous des antécédents de fracture du rachis (cervical, dorsal, lombaire)? Si oui précisez 9°) Avez-vous des prothèses de hanche, coude, épaule ou de genou? Si oui précisez 10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance? -OUI NON 11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? OUI NON 12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois? Si oui : quand et de quoi? -OUI NON 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours? Si oui, lesquels : -OUI NON 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles? -OUI NON 15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique? Si oui, laquelle : -OUI NON		өш	NON
Si oui précisez	7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	-0U I	NON
Si oui précisez		-0⊎।	NON
11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? 12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois? Si oui : quand et de quoi? 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours? Si oui, lesquels: 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles? -OUI NON 15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique? Si oui, laquelle : 16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires? -OUI NON 17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :		الاهـ	NON
12°) Avez-vous été opéré dans les 12 derniers mois ? Si oui : quand et de quoi ? 13°) Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Si oui, lesquels : 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ? 15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle : 16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ? -OUI NON 17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :	10°) Avez-vous eu un trauma crânien avec perte de connaissance ?	- OUI	NON
Si oui : quand et de quoi ?	11°) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?	OUI	NON
Si oui, lesquels: 14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles? -OUI NON 15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique? Si oui, laquelle: 16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires? -OUI NON 17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer:		-0W-	NON
15°) Souffrez-vous d'une maladie neurologique ? Si oui, laquelle :		⊕₩	NON
Si oui, laquelle :	14°) Souffrez-vous d'une maladie touchant les muscles ?	-⊕⊌।	NON
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :		-041	NON
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :OUI- NON	16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	- 0U1	NON
	17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :	- 0UI-	NON

Je certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessu dissimulé ni omis une quelconque information en lien avec mon état de	•
et mes capacités physiques et mentales.	9/
Fait à JONCHERY-SUR-VESLE / _ / _ signature :	/