NOM: GORGNES
PRENOM: ALEXIS



N° de dossier :
Avis :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

a usage exclusif de l'échelon médical de l'association)

DATE DE NAISSANCE : 74 / 05 / 1976 TAILLE (en cm) : 1/3 cm POIDS (en kg) : 8 kg		
1°) Avez-vous déjà présenté une crise d'épilepsie ?	OUI NON	
2°) Etes-vous diabétique avec un traitement par insuline ?	OUI NON	
3°) Avez-vous des antécédents cardio-vasculaires ? (Infarctus, angor, stent, pontage) Si oui précisez	OUI NOW	
4°) Souffrez-vous de troubles du rythme cardiaque ? Si oui précisez	oul NON	
5°) Avez-vous une hypertension artérielle ? - Si oui. est-elle traitée ?	OUI NON	
6°) Avez-vous déjà eu une perte de connaissance et/ou un étourdissement inexpliqué ou à répétition ?	OUI NON	
7°) Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI NON	
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 ? Si oui, lesqueis :	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)	
16°) Avez-vous ou avez-vous eu des crises de vertiges rotatoires ?	OUI NON	
17°) Avez-vous des informations utiles à communiquer :	OUI 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.