

## Rapport médical

Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :

---

---

Téléphone : \_\_\_\_\_

No ass. maladie : \_\_\_\_\_

No ass. sociale : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

Nom de fille et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Occupation actuelle : \_\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'urgence (adresse et téléphone) :

---

---

### ANTÉCÉDANTS PERSONNELS

Veillez répondre à chacune des questions suivantes : OUI    NON    SPÉCIFIEZ

- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Avez-vous déjà été opéré(e) ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Avez-vous déjà souffert de :

- Hypertension artérielle, maladie cardiaque ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Troubles pulmonaires ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Troubles digestifs ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Maux de tête, vertiges, étourdissements ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Troubles arthritiques ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Troubles de la colonne vertébrale ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Troubles gynécologiques ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Troubles urinaires ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Troubles nerveux ? (dépression, autre)    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Allergies ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Alcoolisme, abus de médicaments ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Autres maladies ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

- Vaccinations antérieures ?    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

Remarques (explications des réponses cochées sous le « oui ») :

---

---

---

---

### ÉTAT ACTUEL

Veuillez répondre à chacune des questions suivantes : OUI    NON    SPÉCIFIEZ

- |   |     |     |       |
|---|-----|-----|-------|
| - Vous considérez-vous en bonne santé ?     | ___ | ___ | _____ |
| - Souffrez-vous de :                        |     |     |       |
| - Insomnie, fatigue ?                       | ___ | ___ | _____ |
| - Troubles cardiaques, hypertension ?       | ___ | ___ | _____ |
| - Troubles pulmonaires ?                    | ___ | ___ | _____ |
| - Troubles digestifs ?                      | ___ | ___ | _____ |
| - Diarrhée, constipation, selles noires ?   | ___ | ___ | _____ |
| - Maux de tête, vertiges, étourdissements ? | ___ | ___ | _____ |
| - Troubles de la vue ?                      | ___ | ___ | _____ |
| - Arthrite, rhumatismes ?                   | ___ | ___ | _____ |
| - Douleurs à la colonne vertébrale ?        | ___ | ___ | _____ |
| - Troubles gynécologiques ?                 | ___ | ___ | _____ |
| - Troubles urinaires ?                      | ___ | ___ | _____ |
| - Allergies ?                               | ___ | ___ | _____ |

Remarques (explications des réponses cochées sous le « oui ») :

---

---

---

---

### CERTIFICAT DE BONNE SANTÉ

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(signature du médecin)