**3.4.7 Questionnaire médical**

Veuillez remplir le questionnaire personnellement, conformément à la vérité et de manière bien lisible. Veillez à répondre à toutes les questions.

Nom : Prénom :

Date de naissance :

# Avez-vous souffert ou souffrez-vous d’une des maladies suivantes ?

V euillez cocher la case correspondante. Si vous cochez « Oui », veuillez expliquer ci-dessous (\*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Concerne** | **Oui** | **Non** |
| 1 | Troubles oculaires |  |  |
| 2 | Affections pulmonaires ou pleurales |  |  |
| 3 | Asthme |  |  |
| 4 | Refroidissements, sinusites ou sinusites maxillaires fréquents |  |  |
| 5 | Troubles cardiaques ou cardiovasculaires |  |  |
| 6 | Tension artérielle haute ou basse |  |  |
| 7 | Vertiges ou évanouissements / troubles de l’équilibre |  |  |
| 8 | Maux de tête fréquents ou violents, migraines |  |  |
| 9 | Epilepsie |  |  |
| 10 | Troubles de l’oreille, surdité |  |  |
| 11 | Maladies mentales ou troubles affectifs (dépressions, psychoses,  etc.) |  |  |
| 12 | Diabète (*diabetes mellitus*), troubles de la thyroïde |  |  |
| 13 | Allergies |  |  |
| 14 | Maladies de l’appareil digestif |  |  |
| 15 | Maladies de la peau |  |  |
| 16 | Maladies du système immunitaire (p. ex. SIDA) |  |  |
| 17 | Troubles de l’appareil locomoteur, maux de dos et douleurs articu- laires |  |  |
| 18 | Autres maladies ou blessures |  |  |

\*Informations plus détaillées concernant la nature, la durée et la date des troubles mentionnés :

# V euillez répondre aux questions suivantes :

N’avez-vous jamais été traité dans un hôpital ou une clinique psychiatrique ? (Si oui, quand, où et pourquoi ?)

Avez-vous été victime d’un accident grave ? (Si oui, quand et quel genre de blessures ?)

N’avez-vous jamais été opéré ou une opération vous a-t-elle été proposée ? (Si oui, quelle opération et quand ?)

Combien de jours avec-vous été incapable de travailler durant les 12 derniers mois en raison d’une maladie ou d’un accident ?

Suivez-vous un traitement médical en ce moment (si oui, pourquoi et auprès de qui ?)

Combien d’alcool et quel type d’alcool buvez-vous par semaine ?

Avez-vous pris ou prenez-vous des drogues (haschisch, héroïne, cocaïne, ecstasy, autres) ? (Si oui, lesquelles, avec quelle fréquence et quand ?)

Quels médicaments prenez-vous régulièrement ou souvent ?

Selon vous, quel est votre état de santé actuel ? (Avec courte description en cas de troubles)

A votre avis, êtes-vous capable d’effectuer les travaux prévus en cas d’embauche ? (Avec courte description si vous voyez des restrictions)

Les changements importants doivent être communiqués en toute bonne foi. Je confirme que mes réponses sont conformes à la vérité et complètes.

**Lieu / date : Signature :**