

DOSSIER MEDICAL
A remplir uniquement par un médecin traitant ou un spécialiste
A joindre au dossier de candidature sous enveloppe cachetée

NOM

Prénom

Date de naissance

Femme **Homme**

Poids : **Taille :**

ANTECEDENTS MEDICAUX ET HISTOIRE NEONATALE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MALADIES

Allergies : oui non

Si oui, lesquels :

.....
.....
.....

Asthme : oui non

Convulsions : oui non

Si oui à quel âge :.....

Toujours d'actualité : oui non

Fréquence :

Epilepsie: oui non

Diabète : oui non

Maladie cardiaque : oui non

Si oui, dernier bilan :

Autres (préciser nature et dates) :

.....
.....
.....

HANDICAP MENTAL :

Déficiência intellectuelle moyenne : oui non

Déficiência intellectuelle légère : oui non

TROUBLES PSYCHIQUES

Existe-t-il un diagnostic : oui non

Lequel :

.....
.....

Est-il suivi par un médecin psychiatre : oui non

A quel rythme :.....

.....
.....
.....

Coordonnées :

HANDICAP PHYSIQUE :

Origine :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nature :

.....
.....
.....
.....
.....

TROUBLES SENSORIELS

Vision : Sans lunette oui non
 Avec lunette oui non

Audition : oui non
Port d'appareil auditif oui non
Troubles du langage et de la parole oui non

Si oui, précisez :
.....

GYNECOLOGIE

Moyen de contraception : oui non

Si oui, lequel :

La question a-t-elle été abordée avec la personne: oui non

Y a-t-il une contre-indication médicale à une contraception :

.....

Précisions supplémentaires éventuelles :

.....

ADDICTIONS

Problèmes d'addictions connus? oui non

Si oui lesquels ?

.....

Bénéficie-t-il d'une aide ?

.....

VACCINATIONS

D.T.P : date : .../.../... dernier rappel : date : .../.../...

B.C.G : date : .../.../... dernier rappel : date : .../.../...

Hépatite : date : .../.../... dernier rappel : date : .../.../...

Autres : Date : .../.../... préciser :

 Date : .../.../... préciser :

 Date : .../.../... préciser :

HOSPITALISATIONS

Du / / au / / Motif

En cas d'hospitalisations récentes, joindre un compte rendu d'hospitalisation.

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Précisez la nature et les dates

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OBSERVATIONS PARTICULIERES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT ACTUEL (joindre la dernière ordonnance)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom du Médecin Traitant :.....

Coordonnées :

.....
.....
.....
.....

Visa du Médecin :

Tampon :