

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

Du / / au / / Motif

Du / / au / / Motif

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 :

