



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ (VISITE MEDICALE SYSTEMATIQUE DU PERSONNEL)

PHOTO

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : ..... / ..... / 20

Sexe :  Masculin  Féminin

Groupe sanguin : .....

Nom..... Prénom .....

Date de naissance : .....Lieu de naissance : .....

Situation familiale :  Célibataire  Marié( e)  Divorcé( e)  Veuf (ve)

Nombre d'enfants : .....

Adresse : .....

N° Tél. /Portable : .....Email : .....

Profession : .....

Département / Service : .....

Date de recrutement à l'établissement : .....

### ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

#### 1. Facteurs de risque :

Tabac  Alcool  Obésité  Manque d'activité physique

#### 2. Maladies chroniques :

Allergie  Asthme  Diabète  Hypertension artérielle  Maladie cardiaque

Autre (précisez) : .....

Handicap moteur  Handicap auditif  Handicap visuel  Handicap mental

#### 3. Maladies infectieuses : Hépatite B Hépatite C Tuberculose Autres

#### 4. Prise de médicaments : Oui Non

Précisez lesquelles : .....

#### 5. Utilisez-vous un moyen de contraception ? Pilule Stérilet Autres Non

#### 6. Avez-vous déjà été opéré(e) ? Oui Non

Si oui précisez la cause ou la nature de l'intervention chirurgicale : .....

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Les membres de votre famille (Parents, frères et sœurs, enfants) ;

Maladies qu'ils ont présentées : .....

Cause de leur décès le cas échéant : .....

## ETAT BUCCO-DENTAIRE

### 1. Quand vous brossez-vous les dents ?

- Matin et soir       De temps en temps       Jamais

### 2. Avez-vous déjà subi ?

- Une chirurgie au niveau bucco-dentaire       Une prothèse dentaire       Détartrage  
 Un soins conservateur (traitement de caries)       Une extraction dentaire       Rien

### 3. Avez-vous un problème bucco-dentaire ?

- Une douleur dentaire       Des caries dentaires       Un saignement au brossage       Rien

## PROFIL PSYCHOLOGIQUE

### 1. Souffrez-vous de troubles psychologiques?      Oui      Non

### 2. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de :

- Trouble du sommeil       Dépression  
 Manque d'appétit       Boulimie  
 Traumatisme psychologique       Anxiété  
 Trouble obsessionnel compulsif       Phobie  
 illusions/Hallucinations       Autres

### 3. Prenez-vous des médicaments psychotropes?      Oui      Non

- Anxiolytiques (Tranquillisants)       Antidépresseurs  
 Hypnotiques (Somnifères)       Neuroleptiques (Antipsychotique)

**Important** : Je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts ; Je prends l'entière responsabilité d'une déclaration incomplète ou erronée.

**Signature**