

Questionnaire médical – StVA/MFK

Nom, Prénom: Date de naissance :

Employeur: Fonction:

État civil: Enfants:

Sports, loisirs:

Catégorie de billet: Voiture, moto depuis:
 Camion depuis:
 Car depuis:

Kilométrage annuel:

Impact des pratiques de conduite dans le secteur ferroviaire ou routier (accidents, embouteillages, retraits de billets, etc.):

Date	Type d'événement

Dernier examen médical pour le permis de conduire: chez qui?

Avez-vous été déclaré(e) inapte à conduire un véhicule automobile? non oui

si oui: quand? par quel médecin: raison:

Avez-vous été(e) déclaré inapte au service militaire? non oui

si oui, pour quelle raison?

Situation de santé actuelle

est-ce que vous souffrez d'un problème de santé actuellement? non oui

si oui : de quoi?

est-ce que vous êtes suivi par un médecin, un psychothérapeute etc. en ce moment? non oui

le cas échéant: pour quelle raison (diagnostic)?

dames: est-ce que vous êtes enceinte? non oui

est-ce que vous êtes porteur de lunettes/verres de contact? non oui si oui - correction pour:
 distance proximité

est-ce que vous fumez? non oui si oui: depuis quand? combien?
 non-arrêté Si applicable: quand avez-vous arrêté, combien d'années et combien avez-vous fumé?

boissons alcooliques? non oui si oui: quoi, combien et fréquence?

drogues? non oui si oui: quoi, combien et fréquence?

prière de bien vouloir mentionner TOUS les médicaments que vous prenez actuellement :
(y compris la „pilule“)

histoire de la santé personnelle

prière de bien vouloir mentionner, si et, si tel est le cas, quand vous aviez souffert de ...

... **maladies graves** (p.ex. tumeur, maladies cardio-vasculaires, mal. du métabolisme, mal. psychiatrique, etc),

... **interventions chirurgicales** (p.ex. amygdales, appendicite, hernie inguinale, hernie discale, yeux, etc.) ou

... **accidents, lésions** (p.ex. fractures, lésions ligamentaires, lésion oculaire u de l'ouïe, etc.).

.....
.....

histoire de santé des systèmes d'organes

est-ce que vous souffrez ou vous avez souffert d'une des maladies suivantes?

si tel est le cas, prière de la souligner.

épilepsie, étourdissement, perte de connaissance, troubles de la mémoire, maux de tête chroniques, migraine, paralysies, pertes d'équilibre etc.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
déficience cardiaque, infarctus du myocarde, angine de poitrine, troubles du rythme, tension artérielle trop élevée / trop basse, collapse, maladies des artères / des veines etc.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
asthme bronchique, bronchite chronique, pneumonie / pleurésie, tuberculose pulmonaire etc.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
troubles du transit (p.ex. inflammations/ulcères, mal. de Crohn), calculs biliaires, mal. du foie, pancréatite, fistules anales, hémorroïdes etc.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
maladies métaboliques (p.ex. diabète sucré, cholestérol élevé, goutte, troubles fonctionnels thyroïdiens etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
troubles psychiques, vertige, claustrophobie, état dépressif, suicide manqué, dépendances, traitements de sevrage [alcool, substances illicites, médicaments]	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
troubles du sommeil, ronflements, pauses respiratoires nocturnes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
problèmes d'ouïe (p.ex. perte subite d'audition, acouphènes, surdité etc.) problèmes oculaires (p.ex. glaucome, cataracte, décollement rétinien etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. du sang (p.ex. anémie, etc.), troubles de la crase, ganglions lymphatiques tuméfiés	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
problèmes de la colonne vertébrale (p.ex. lombago, hernie discale, scoliose etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. osseuse, articulaire (p.ex. arthrose, rhumatismes etc.) ou mal. musculaire	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. des reins (p.ex. kystes, infections, inflammations, calculs, malformations etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
allergies (p.ex. pollen, animaux domestiques, piqûres d'insecte, alimentaires, médicament etc.) ou mal. de la peau (p.ex. eczéma, psoriasis, tumeur etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Par ma signature je confirme avoir rempli ce formulaire consciencieusement et que je n'ai ni omis des informations importantes ni donné des informations fausses.

Aussi - par ma signature je donne mon accord à mon médecin de famille et/ou traitant de transmettre à l'azb des informations d'importance dans le cadre du suivi médical.

lieu et date:

signature:

S'il vous plaît ne pas remplir les champs ci-dessous!

Dokumentation durch AMPA:

Datenerfassungsbogen (in Akte vorhanden ? ☞ ggf. ausfüllen lassen)
 Kopie Ausweis
 Kopie Brillenpass
 Fakt. (ins Medistar eingeben!)
 Biometrie Grösse cm Gewicht kg
 Urinstatus (Combur 7) pH /
 Flüsterzahlen re oB auffällig
 li oB auffällig
 Rodatest