

Questionnaire médical – BAV / OFT

Nom, Prénom: Date de naissance :

Employeur: Fonction:

Dernier examen médical BAV / OFT: chez qui?

Avez-vous été déclaré(e) inapte à conduire une locomotive? ☐ 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)?

portez-vous des lunettes ou des verres de contact? ☐ non ☐ oui

est-ce que vous faites du sport? ☐ non ☐ oui: quel genre?

est-ce que vous fumez? ☐ non ☐ oui si oui, depuis quand? combien ?

☐ non-arrêté combien d'années et combien de quoi ?

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“)

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

Taille et poids?cm kg

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),

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

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

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.	☐ non ☐ 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.	☐ non ☐ oui
asthme bronchique, bronchite chronique, pneumonie / pleurésie, tuberculose pulmonaire etc.	☐ non ☐ oui
troubles du transit (p.ex. inflammations/ulcères, mal. de Crohn), calculs biliaires, mal. du foie, pancréatite, fistules anales, hémorroïdes etc.	☐ non ☐ oui

maladies métaboliques (p.ex. diabète sucré, cholestérol élevé, goutte, troubles fonctionnels thyroïdiens etc.)	☐ non ☐ oui
troubles psychiques, vertige, claustrophobie, état dépressif, suicide manqué, dépendances, traitements de sevrage (alcool, substances illicites, médicaments)	☐ non ☐ oui
troubles du sommeil, ronflements, pauses respiratoires nocturnes	☐ non ☐ oui
problèmes d'ouïe (p.ex. perte subite d'audition, acouphènes, surdité etc.)	☐ non ☐ oui
problèmes oculaires (p.ex. glaucome, cataracte, décollement rétinien etc.)	☐ non ☐ oui
mal. du sang (p.ex. anémie, etc.), troubles de la crase, ganglions lymphatiques tuméfiés	☐ non ☐ oui
problèmes de la colonne vertébrale (p.ex. lombago, hernie discale, scoliose etc.)	☐ non ☐ oui
mal. osseuse, articulaire (p.ex. arthrose, rhumatismes etc.) ou mal. musculaire	☐ non ☐ oui
mal. des reins (p.ex. kystes, infections, inflammations, calculs, malformations etc.)	☐ non ☐ oui
allergies (p.ex. pollen, animaux domestiques, piqûres d'insecte, alimentaires, médicament etc.) ou mal. de la peau (p.ex. eczéma, psoriasis, tumeur etc.)	☐ non ☐ oui
mal. infectieuses intestinales (p.ex. salmonellose, shigellose, amibiase, lamblasis, vers)	☐ non ☐ oui
mal. des voies urinaires ou mal. vénériennes	☐ non ☐ 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: