

COMMISSION MÉDICALE PRIMAIRE

Questionnaire préalable à l'examen médical : cocher les réponses

A Le

Mon état civil

Nom :	Commune de naissance :
Prénom :	Profession :
Date de naissance : __ / __ / ____	

Suis-je titulaire d'une pension d'invalidité ou travailleur handicapé ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je été en arrêt de travail de plus d'un mois consécutif au cours des cinq dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?	
Ai-je consulté mon médecin plus de trois fois au cours des douze derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je consulté un spécialiste au moins une fois au cours des douze derniers mois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été hospitalisé ou opéré au cours des cinq dernières années ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quel motif ?	
Dois-je prendre des médicaments chaque jour ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels ?	

A quelle fréquence m'arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin ou bière ou cidre ou apéritif ou liqueur) ?/ Verres
Combien de verres « standard » (dose débit de boissons) m'arrive-t-il de boire au cours d'une journée ordinaire où je consomme de l'alcool ?/ Verres
Combien de fois dans l'année m'arrive-t-il de consommer plus de 5 doses standard en une seule occasion ?/ an
Est-ce que je consomme, même occasionnellement des substances telles que le cannabis, la cocaïne, l'ecstasy, l'héroïne ou autres... ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Est-ce que je rencontre des difficultés particulières en conduisant (accrochage ou accident au cours des cinq dernières années, problème pour lire les panneaux, difficulté pour apprécier les vitesses ou les distances, je me trompe souvent de route, exécution de certaines manœuvres difficiles...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oui Non	

Est-ce que je porte des lunettes ou des lentilles de contact ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DMLA, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des problèmes cardiaque, artériel ou de tension ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je un pacemaker, défibrillateur implanté, des stents ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je parfois des vertiges ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des trous de mémoires, des difficultés à me concentrer ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je des difficultés de sommeil (problèmes d'endormissement, réveils fréquents, sommeil agités, ronflements) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
M'est-il déjà arrivé de m'endormir (même très peu de temps) à table, au cours d'une réunion, au cinéma, au volant, ou dans d'autres circonstance non appropriées ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des appareillages respiratoires (oxygène, masque pour la nuit, autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà eu des pertes de connaissances, syncope ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de mémoire ou autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà été victime d'un traumatisme crânien ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de têtes, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire ou autres) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Ai-je déjà fait une crise d'épilepsie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière crise :	
Est-ce que je suis soigné pour du diabète ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que j'ai déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémies) ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Autres problèmes médicaux ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui merci de préciser :	
.....	
.....	
.....	

J'ai rempli sincèrement ce questionnaire et certifie sur l'honneur que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à, Le __ / __ / ____

Signature