

SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER
AQUITAINE/ POITOU-CHARENTES

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MEDICAL

Veillez répondre aux questions, dater et signer.

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

Profession ou situation scolaire :

Situation de famille, nombre d'enfants :

ANTECEDENTS AU TRAVAIL

-Avez vous déjà consulté un médecin des gens de mer ?oui.....non
Si oui, où et quand :

-Quelle formation avez vous reçue ?

- .scolaire :
- . apprentissage :
- . universitaire :
- . autre :

-Quels métiers avez -vous exercé ?

- . de à :
- .de à :
- . de à :
- .de à :

-Au cours de ces métiers avez-vous été exposé à des nuisances ?

- .Amiante.....non.....oui +.....oui++
- .Poussières, allergènes.....non.....oui +.....oui++
- .Bruit.....non.....oui +.....oui++
- .Vibrations.....non.....oui +.....oui++
- .Radiations, rayonnements.....non.....oui +.....oui++
- .Produits chimiques, gaz.....non.....oui +.....oui++
- .Produits pétroliers.....non.....oui +.....oui++
- .Postures inconfortables, gestes répétés rapidement?.....non.....oui +.....oui++
- .Autres.....

-Avez-vous déjà été inapte à un poste de travail ou un métier?.....oui non

-Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ?...oui.....non

-Vous a t-il été reconnu un taux d'incapacité, une invalidité?.....oui.....non

ACTUELLEMENT

- . Avez-vous des symptômes, une maladie ?oui.....non
- . Prenez-vous un traitement, des médicaments ?.....oui.....non
lesquels :
- . Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ?oui.....non
- . Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie, ou autre ?.....oui.....non
- . Avez-vous un déficit (membres supérieurs, inférieurs, auditif, visuel, etc.)
ou un handicap même léger ; un bégaiement, une dyslexie, dyscalculie, dysorthographe ?..oui non
- . Portez-vous une prothèse (cardiaque, oculaire, auditive, hanche, genou...).....oui.....non
- . Avez-vous un déficit de la vision des couleurs.....oui.....non
- . Portez-vous des lunettes ou des lentilles cornéennes.....oui.....non
- . Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque, musculaire...).....oui.....non

ANTECEDENTS PERSONNELS

- . Avez-vous déjà été opéré ?.....oui..... non
Année : Motif :
Année : Motif :
- . Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux (kératotomie).....oui.....non
- . Avez-vous déjà passé au moins une nuit à l'hôpital ou clinique.....oui.....non
Année : Motif
Année Motif
- . Avez-vous eu des accidents (sports, deux roues, automobile...).....oui.....non
Année : Lésions corporelles :
Année : Lésions corporelles :
- . Avez-vous des traumatismes crâniens, malaises, pertes de connaissance oui.....non
- . Avez-vous eu des fractures, luxations?.....oui.....non
- . Avez-vous pris dans votre vie un traitement prolongé (plusieurs semaines, mois..) ?.....oui.....non

Maladies pulmonaires :

- Avez-vous eu : .la tuberculose (y compris primo infection).....oui.....non
. une maladie pleurale, bronchique ; autre.....oui..... non

- . Allergie à des médicaments, allergènes oui.....non
- . Maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida).....oui.....non
- . Cancers ?.....oui.....non

Maladies métaboliques et des glandes endocrines

- . Diabète (y compris sucre dans les urines).....oui.....non
- . Excès de cholestérol, triglycérides, acide urique.....oui.....non
- . Obésité, excès pondéraloui.....non

Maladies de l'appareil digestif

- . œsophagites, gastrite, ulcère.....oui.....non
- . Colites, diverticulites.....oui.....non
- . Hémochromatose, cirrhose.....oui.....non
- . Calculs biliaires, pancréatite.....oui.....non
- . Hépatites A, B, C.....oui.....non
- . Hernies inguinales, crurales, hiatales et éventrations.....oui.....non

Maladies cardio-vasculaires et du sang

- . Maladies cardiaques congénitales.....oui.....non
- . Maladies des valves (aortique, mitrale...).....oui.....non
- . Troubles du rythme (tachycardies, fibrillations, port d'un stimulateur).....oui.....non
- . Maladies des coronaires (angine de poitrine, infarctus...).....oui.....non
- . Péricardites, endocarditesoui.....non
- . Maladies des artères, phlébites, varices.....oui.....non
- . Hypertension artérielle.....oui.....non
- . Anémies, purpuras, hémophilie, polyglobulies, Hodgkin.....oui.....non

Maladies génitales et urinaires

- . Malformations des organes génitaux ou des glandes.....oui.....non
- . Calculs urinaires, coliques néphrétiques.....oui.....non
- . Maladies des reins (hydronéphrose, polykystose...etc).....oui.....non
- . . Présence de sang, sucre, protéines ou albumine dans les urines.....oui.....non
- . Maladies gynécologiques, obstétriques.....oui.....non

Troubles psychiques

- Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue.....oui.....non
- Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression, le sommeil
l'anxiété, la nervosité.....oui.....non
- Avez-vous été hospitalisé en service ou clinique psychiatrique.....oui.....non
- Avez-vous eu :
 - . dépressions, psychose maniaco-dépressive.....oui.....non
 - . névrose, angoisses, phobies, obsessions.....oui.....non
 - . psychoses, schizophrénie, paranoïa.....oui.....non
 - . traitement par addiction à une drogue (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne)

- amphétamines...)oui.....non
- Avez-vous uriné au lit après l'âge de 10 ans.....oui..... non
- Avez-vous fait des tentatives de suicideoui.....non

Maladies neurologiques et rachidiennes

- Maladies des nerfs, moëlle épinière, cerveau.....oui.....non
- Paralysies même partielles.....oui.....non
- Épilepsie (crises comitiales de tous types)oui.....non
- Scolioses, séquelles d'accident ou de traumatisme.....oui.....non

Maladies de la peau et des dents

- Exemple : eczéma, psoriasis, urticaires...etc.....oui.....non
- Prothèses ,appareillage dentaire.....oui.....non

Nez, Gorge, Oreilles, Yeux

- Des otites, cholestéatome, otospongioseoui.....non
- Maladies du nez, de la gorge, des yeuxoui.....non

Autres maladies

(sauf maladies bénignes, saisonnières type rhume, angine de gorge, accès grippal, etc).....oui.....non

Antécédents familiaux

Vos parents (et frères, sœurs, enfants) ont-ils été atteints de maladie et laquelle.....oui.....non
 Notamment: Asthme, diabète, hypetension artérielle.....oui.....non

Date :

Signature :

<p>SI LE CANDIDAT EST MINEUR, SIGNATURE DU MAJEUR RESPONSABLE:</p> <p>NOM :</p> <p>PRÉNOM :</p> <p>SIGNATURE :</p>
--