



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Le questionnaire qui va suivre est à compléter, signer et renvoyer sous pli fermé (confidentiel médical) au médecin-chef du SDIS 90.

Joindre une copie du carnet de santé (pages des vaccinations en vérifiant que le nom de l'enfant est bien complété dans la partie supérieure).

Nom et prénom

Date de naissance

Téléphone

Adresse mail :

A qui s'adresse-t-il ?

Les informations seront transmises, sous pli fermé, au médecin-chef du SDIS et sont couvertes par le secret médical. Le service de santé du SDIS pourra dans certains cas vous contacter pour obtenir un complément d'information.

Ce questionnaire permettra au service de santé de vous informer de tout obstacle possible à un éventuel recrutement.

Le service de santé est aussi à votre disposition pour répondre à vos questions :

- par téléphone en prenant contact auprès du secrétariat au 03 84 58 78 53
- par mail : m.brentegani@sdis90.fr

Questions : cochez la case oui/non Avez-vous souffert de troubles ou de maladies dans les domaines suivants ?	Oui	Non	Précisions : à quel âge, nature de(s) traitement(s), prise en charge particulière (suivi médical, chirurgie, désensibilisation, cure,...)
Affections respiratoires : ASTHME, bronchites fréquentes, pneumonie			
Affections du cœur ou des vaisseaux : souffle cardiaque, palpitations, malformation ou insuffisance cardiaque, hyper ou hypotension artérielle, phlébite,...			
Affections du système nerveux : épilepsie, paralysies, accident vasculaire cérébral, autres,...			
Psychisme : crise d'angoisse, dépression, tentative de suicide, phobies,...			
Allergies : préciser à quel(s) produit ou matière ou insecte, ainsi que les manifestations : rhinite, asthme, eczéma, autre, ...			
Des organes abdominaux : foie, rate, intestins, autres, ...			
Du sang et du métabolisme : problème de coagulation, cholestérol ou triglycérides trop élevés, diabète,...			
Des os et des articulations : colonne vertébrale, os et articulation (entorses, fractures). Précisez s'il y a eu intervention chirurgicale ou immobilisation plâtrée.			
Au niveau des yeux (précisez si possible votre acuité visuelle sans correction)			
Portez vous des lunettes ou des lentilles ?			

Au niveau de l'audition : surdité, port d'un appareil auditif			
Malformations, tumeur ou cancer			
Avez-vous déjà été opéré ?			
Prenez vous régulièrement un traitement, et si oui lequel ?			
Fumez-vous ?			
Consommez-vous de l'alcool ?			
Quel(s) sport(s) pratiquez-vous ? (nature, nombre d'heure/semaine)			
Avez-vous un autre trouble ou maladie à signaler non évoqué dans la liste ci-dessus ?			
Quel est votre poids ?			
Quelle est votre taille ?			
Je suis vacciné contre l'hépatite B (trois injections) ?			
Je suis vacciné contre la tuberculose (BCG) et j'ai eu un test tuberculinique (positif ou négatif ?)			