



INTERROGATOIRE MEDICAL

FR

SECRET MÉDICAL

NOM: Prénom.....
 Date de naissance: Matricule.....
 Adresse:

 CAND : Volontaire - Sous-Officier - Officier - Réserve
 Profession:

Ce questionnaire est très important pour les médecins qui vous examineront. La connaissance des maladies, opérations et accidents que vous avez eus leur fournit une aide précieuse pour se faire une juste opinion quant à votre état de santé actuel. Dans ce but, veuillez remplir ce document consciencieusement et nous le remettre le jour de vos examens médicaux de sélection. NE LE RENVOYEZ PAS AILLEURS NI À L' AVANCE.

Remarques. - 1. Si vous n'êtes pas en mesure de remplir vous-même correctement ce questionnaire, vous pouvez vous faire aider par d'autres personnes (par exemple : vos parents ou votre médecin traitant).
 - 2. Un certificat de votre médecin traitant ou spécialiste peut parfois être utile pour des affections que vous jugez importantes de signaler (à produire lors de la visite à la SMB)

QUESTIONS PRÉLIMINAIRES

(Noircir le petit rond dans la colonne correspondante)	Oui	Non	Si OUI, complétez la colonne.
1. Avez-vous déjà subi un examen médical en vue d'un engagement à la défense?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, quand et quelle a été la décision concernant votre aptitude médicale ?.....
2. Avez-vous déjà été militaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Etes-vous invalide civil ou invalide militaire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, fournir une copie conforme de la preuve
4. Avez-vous déjà subi un examen médical en vue d'un emploi ou à la souscription d'une assurance-vie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, quand et quelle fut la décision ?.....
5. Avez-vous séjourné dans un hôpital, un hôpital psychiatrique ou autre institution pour mise en observation/traitement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, pour quel(s) motif(s) ? Quand ? (du ... Au ...).....
6. Avez-vous dû interrompre votre emploi ou vos études pendant plus de 3 semaines pour raisons de santé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, pour quel(s) motif(s) ? Quand ? (du ... Au ...).....
7. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, laquelle et quand ?.....
8. Avez-vous déjà eu des fractures, luxations ou entorses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, lesquelles et quand ?
9. Portez-vous un appareil orthopédique, du matériel d'ostéosynthèse ou une prothèse dentaire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, lequel/laquelle ?

CONSOMMATION (MÉDICAMENTS/TABAC/ALCOOL/STUPÉFIANTS)

(Noircir le petit rond dans la colonne correspondante)	Oui	Non	Si OUI, complétez la colonne.
Prenez-vous des médicaments?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, lesquels?
Fumez-vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, combien et quoi ?
Buvez-vous de l'alcool?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, quoi, combien, fréquence?
Consommez-vous parfois des stupéfiants/stimulants?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si OUI, lesquels, fréquence?.....

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET FAMILIAUX. - Ceci concerne vos parents : père, mère, frère et soeurs.

Quel est l'âge de votre mère?	QUESTION : Un membre de votre famille a-t-il souffert d'une des maladies suivantes : Problèmes cardiaques, asthme, diabète, troubles neuro-psychologiques, maladie génétique, autres maladies, ? Citez la maladie et dites quelles en ont été les suites (guérison, décès, état actuel). <i>Exemple: "Père mort de maladie du coeur à l'age de 45 ans".</i> Réponse(s):
Quel est l'âge de votre père?	
Combien de frères avez-vous?	
Combien de soeurs avez-vous?	

SOUFFREZ-VOUS OU AVEZ-VOUS SOUFFERT D'UNE DES MALADIES REPRISES CI-DESSOUS ?				
(Veuillez noircir le petit rond soit dans la colonne " OUI " , soit dans la colonne " NON" . Si vous souffrez encore , noircissez également le rond " ACT ") .				
MÉDECINE GÉNÉRALE	Oui	Année	Act	Non
Maladies des poumons (asthme, pneumothorax, mucoviscidose...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladie du système cardio-vasculaire (palpitations, trouble du rythme, gêne thoracique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perte de connaissance/syncope à l'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles de la tension artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'estomac (ulcère, reflux, gastrite,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies du foie/vésicule biliaire/pancréas (hépatite, jaunisse, calcul biliaire,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies des intestins (Crohn, RCUH, diverticulite,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles de la thyroïde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies des os	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies du sang (anémie, troubles de la coagulation, leucémie,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/MST/Hépatites virales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pathologies du système urinaire (calcul rénal, malformation rénale,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumeurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergies (peau, respiratoire, alimentaire, médicaments,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs lombaires, cervicales, du genou ou cheville	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres (précisez) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NEURO-PSYCHO	Oui	Année	Act	Non
Fracture du crâne, commotion cérébrale, coma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie, convulsions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accident vasculaire cérébral (thrombose, paralysie,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertiges/Troubles de l'équilibre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraines ou maux de tête fréquents/violents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles de l'humeur (dépression, nervosité, colère, stress,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Claustrophobie, attaques de panique, psychose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles du sommeil (insomnies, somnambulisme, cauchemars,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TDAH , trouble de l'apprentissage/concentration	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal de mer, mal de voyage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous régulièrement eu de mauvais résultats scolaires ou des conflits avec les professeurs ou condisciples , vos employeurs ou collègues de travail ? Des conflits familiaux ? OUI - NON (biffer la mention inutile)				
SECTION A NE REMPLIR QUE PAR LES FEMMES				
GYNÉCOLOGIE	Oui	Non	Remplir si demandé.	
A quel âge avez-vous eu vos premières règles?			
Etes-vous réglée régulièrement chaque mois ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si " non " préciser la durée approximative de votre cycle menstruel.....	
Combien de jours durent votre règles ?			
Avez-vous des règles douloureuses ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si " OUI " pendant combien de temps ?	
Devez-vous interrompre vos activités au moment de vos règles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si " OUI " pendant combien de temps ?	
Avez-vous des pertes de sang entre les règles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si " OUI " pendant combien de temps ?	
Date des dernières règles? (A remplir à la SMB)			
Avez-vous déjà été enceinte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
En quelle année?			
Grossesse/accouchement normal ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si " NON " , avec quelles complications ?	
Poids du bébé à la naissance ?			
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale gynécologique ? (utérus, ovaires , trompes , avortement ...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si " OUI " , lesquelles/motif/année?	
Prenez-vous un traitement hormonal/contraceptif ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si " OUI " , lesquels?	
Etes-vous actuellement enceinte ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL			Oui	Non
Vous estimez-vous actuellement en bonne santé?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DÉCLARATION:				
Je certifie avoir répondu à toutes les questions honnêtement et de façon complète.				
Je sais qu'une fausse déclaration de ma part concernant mon état de santé peut avoir pour conséquence une résiliation d'engagement ou de rengagement, ou toute autre suite préjudiciable pour moi.				
Date:			Signature:	

Defensie



MILITAIR HOSPITAAL KONINGIN ASTRID
Centrum voor Medische Expertise
Medische Basis-Selectie

Datum / date :

Sticker sollicitant / postulant

ONDERWERP : Vragenlijst gebruik medicatie

SUJET : Questionnaire utilisation de médicaments

Gelieve ALLE medicatie die U gebruikt hieronder te noteren + sinds wanneer
Veuillez noter ci-dessous tous les médicaments que vous utilisez et depuis quand.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Rookt U ? JA / NEEN zo ja : hoeveel en wat ?
Fumez-vous ? OUI / NON si oui : combien et quoi ?

.....
.....
.....

Drinkt U alcohol ? JA / NEEN zo ja : hoeveel, frequentie, wat ?
Buvez-vous de l' alcool ? OUI / NON si oui : Combien, fréquence, quoi ?

.....
.....
.....

Gebruikt U soms verdovende of stimulerende middelen (drugs) ? JA / NEEN

Utilisez-vous parfois des stupéfiants / stimulants (drogues) ? OUI / NON

Zo ja : wat, frequentie ?

Si oui : quoi, fréquence ?

.....
.....

Oprecht en volledig

Honnête et complet

Naam :

Nom :

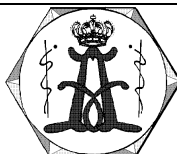
Handtekening :

Signature :

Afschrift voor :

Correspondent : Eric Ponitka

Geneesheer Commandant
Tel : 02/264.53.97 ou 9-2820-53.97
Fax : 02/264.50.13 ou 9-2820-50.13
E-mail: eric.ponitka@mil.be



MILITAIR HOSPITAAL KONINGIN ASTRID

Centrum voor Medische Expertise

Medische Basis-Selectie

1, Bruynstraat

1120 Brussel