



Questionnaire médical

Remarques importantes:

Ce questionnaire médical doit être **rempli à la maison et apporté à la journée d'information**. Dans votre intérêt, vous devez répondre avec exactitude aux questions posées, le cas échéant avec l'aide de vos parents.

Vous êtes **prié de demander** à vos médecins/hôpitaux **les documents médicaux** se rapportant à votre aptitude (certificats médicaux, etc. [excl. les radiographies]) et de les apporter à la journée d'information.

Ces renseignements sont soumis au **secret médical** et seront traités **confidentiellement**.

A compléter par le conscrit

		Laisser en blanc!
Maladies familiales:		
Ecoles fréquentées:		
Profession actuelle:		
Profession envisagée:		
Profession du père:		
Profession de la mère:		
Avez-vous grandi au domicile de vos parents?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Si non, où? _____		
Votre capacité de travail est-elle réduite ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Etes-vous au chômage?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Buvez-vous régulièrement des boissons alcoolisées?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquelles? _____		
Quantité consommée quotidiennement: _____		
Fumez-vous? (Cigarettes, cigares, pipe)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si oui, combien par jour? _____		
Prenez-vous régulièrement des médicaments?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si oui, lesquels? Combien? _____		
Avez-vous consommé des stupéfiants (drogues), ou en prenez-vous actuellement?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si oui, quel genre, et combien? _____		
Etes-vous gaucher?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avez-vous déjà passé un examen radiologique (radiographie ou radiophoto)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avez-vous été en traitement à la suite de cet examen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si oui, pourquoi, quand et où?		

☒ Marquer d'une croix ce qui convient!

Etes-vous ou avez-vous déjà été atteint par une des affections suivantes:		Laissez en blanc!	
No	Non	Oui	
1. Maladies infectieuses graves (angine récidivante, méningite, jaunisse, VIH)?	<input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
2. Maladies nerveuses (troubles nerveux, dépression, somnambulisme, épuisement nerveux, épilepsie, maux de tête tenaces, insomnies, évanouissements)? Avez-vous été en traitement chez un psychiatre? Avez-vous été testé par un psychologue?	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
3. Maladies ou blessures des yeux (inflammation, diminution de la vue, troubles de la vue, cécité nocturne)? Portez-vous des lunettes? (Si oui, apportez l'ordonnance de l'oculiste [évent. de l'opticien] le jour de recrutement.) Portez-vous des verres de contact? (Si oui, apportez l'ordonnance de l'oculiste [évent. de l'opticien] le jour de recrutement.)	<input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
4. Maladies des oreilles (écoulement, troubles de l'ouïe)?	<input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
5. Maladies du nez ou de la gorge, affection grave de la denture, inflammation des amygdales ou des ganglions, rhume des foins?	<input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
6. Maladies du sang, de la peau, des glandes, tumeurs, diabète?	<input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	
7. Maladies du cœur (tension artérielle élevée, vice cardiaque, palpitations), varices?	<input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	
8. Maladies des poumons (tuberculose, pleurésie, asthme, bronchite chronique)?	<input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	
9. Maladies de l'estomac, de l'intestin ou du foie (jaunisse, hémorroïdes, fistule rectale, appendicite, hernie etc.)? Suivez-vous un régime alimentaire?	<input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
10. Maladies des reins, faiblesse de la vessie, albumine dans les urines, calculs rénaux?	<input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	
11. Rhumatisme, inflammations des articulations, ostéomyélite, douleurs dans le dos ou aux pieds?	<input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	
12. Avez-vous été victime d'un accident (fractures, commotion cérébrale, plaies profondes)?	<input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	
13. Avez-vous subi une opération chirurgicale ou un autre traitement à l'hôpital?	<input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	
14. Maladies ou infirmités non citées plus haut, par ex.: difformité ou mutilation d'un membre, goitre, paralysie, atrophie musculaire?	<input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	

Si vous répondez par «oui» à l'une des questions 1 – 14, de quelle maladie ou opération, ou de quel accident s'agit-il?	Quand? Durée? Guéri? Séquelles? Médecin traitant?
No	
No	
No	
No	
No	
No	
No	
No	

Nom, adresse et no tél de votre médecin habituel: _____

Etes-vous en bonne santé? Non Oui

Si non, pourquoi? _____

Vous sentez-vous capable de faire du service militaire? Non Oui

Si non, pourquoi? _____

Si vous ne vous sentez pas capable de faire du service militaire ou si vous avez subi une opération majeure ou avez été gravement malade, veuillez présenter à la journée d'information un certificat médical détaillé, sous pli fermé, établi à vos frais, de manière à ce que nous puissions apprécier objectivement votre aptitude au service.

Le soussigné certifie avoir répondu au présent questionnaire conformément à la vérité et accepte que, si nécessaire, des renseignements complémentaires soient demandés à ses parents ou aux médecins traitants. No tél des parents: _____

Lieu et date: _____ Signature du conscrit: _____

Adresse précise et no postal: _____