



## Médecine des Écoles

Dr Parreira – Dr Ferreira – Dr N'guessan — IDE Lauradoux Janine  
 Santé Travail Environnement - 58 Rue Montalembert - 63000 Clermont Ferrand  
 ☎ 04 73 75 18 45 ✉ medecinedesecoles@chu-clermontferrand.fr

### Questionnaire confidentiel de santé auto déclaré

Nom usuel ..... Prénom.....  
 Nom de naissance .....  
 Date de naissance ..... Age .....  
 Téléphone ..... E-mail.....  
 Adresse postale .....

*Mettre une croix si vous avez à répondre par oui*

#### AVEZ-VOUS, OU AVEZ-VOUS EU :

**Maladie cardiaque** : HTA .....Autres..... ECG.....  
**Maladie pulmonaire/ORL** : Asthme.....Tuberculose.....Otite/sinusite.....Autres.....  
**Affection ophtalmologique** : Troubles oculaires.....Corrections.....Autres.....  
**Maladie appareil digestif** : Rectocolite hémorragique .....Crohn .....Hernie.....Autres.....  
**Maladie appareil urinaire** : Infections urinaires répétées.....Coliques néphrétiques.....Autres.....  
**Maladie appareil locomoteur** : Affection colonne vertébrale.....Rhumatisme/tendinopathie .....  
 Hernie discale.....Autres.....  
**Maladie neurologique** : Epilepsie.....EEG.....  
**Endocrinologie** : Diabète.....Troubles thyroïdiens.....Autres.....  
**Allergies spécifiques** : Médicamenteuse.....Latex.....Alimentaire.....  
 Métaux.....Allergie saisonnière.....Autres.....  
**Affection dermatologique** : Eczéma.....Autres.....  
**Troubles de l'apprentissage** (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie ou autre) .....  
AUTRES MALADIES.....

#### SUIVEZ-VOUS :

Un traitement médical.....Un traitement contraceptif.....  
 Avez-vous un suivi spécialisé.....

#### AVEZ-VOUS ETE :

Accidenté.....Opéré (anesthésie générale).....  
 Hospitalisé.....

#### VOTRE ETAT VOUS REND-T-IL INTOLERANT:

Aux bruits .....  
 Aux produits chimiques.....Aux odeurs.....  
 Aux poussières.....  
 Au travail de nuit.....  
 Autres.....

#### AVEZ-VOUS DEJA TRAVAILLE :

En horaire alterné.....Sur un poste de nuit.....  
 En contact avec de l'Amiante.....Soumis aux rayons ionisants.....

*Je prends note que le fait d'avoir une contre-indication aux vaccinations obligatoires rend impossible mon admission au CHU. Je certifie sur l'honneur avoir consigné intégralement et exactement tous les renseignements concernant mon état de santé. Dans le cas contraire, je reconnaitrais avoir entravé la mission du médecin.*

Date.....Signature .....