questionnaire relatif aux antécédents

médicaux, chirurgicaux, personnels et familiaux

Adresse expéditeur :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : |  | |
| Prénom : |  | Sexe :  Homme  Femme |
| Né(e) : | Le : | À : |
| Numéro national : |  | |
| Emploi postulé : |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUALIFICATIONS** | | |
| **ETUDES OU DIPLOMES** | **ETABLISSEMENTS** | **ANNEES** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTS PROFESSIONNELS** | | |
| **PROFESSION** | **EMPLOYEUR** | **DUREE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANTECEDENTS FAMILIAUX** | | |
|  | **Année de naissance** | **etat de santé** |
| Père |  |  |
| Mère |  |  |
| Frère(s) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Sœur(s) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Conjoint(e) |  |  |
| Enfant(s) |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**CONFIDENTIEL – SECRET MEDICAL**

**Document à ne remettre qu’à Cohezio**

info rond+grisLisez attentivement les questions et répondez à chacune par oui ou par non.   
Toute déclaration non sincère ou incomplète peut entraîner la nullité d’une décision médicale d’aptitude.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AVEZ-VOUS DEJA ETE :** | **OUI** | **NON** |
|  | | |
| Hospitalisé(e) : pour opération chirurgicale ? |  |  |
| pour accident ? |  |  |
| pour cure de repos ? |  |  |
| pour maladie(s) ? |  |  |
| Si oui, précisez : | | |
| **AVEZ-VOUS ETE OU ETES-VOUS ATTEINT(E) DE** : | **OUI** | **NON** |
| Problème d’eczéma aux mains ? |  |  |
| Allergie, eczéma (autre), rhume des foins ? |  |  |
| Problèmes respiratoires (asthme, bronchite, emphysème, tuberculose) ? |  |  |
|  | | |
| Perte de connaissance ? |  |  |
| Commotion cérébrale ? |  |  |
| Epilepsie ? Convulsions ? |  |  |
| Dépression nerveuse ? Epuisement ? |  |  |
| Stress ? Burn-out ? |  |  |
| Peur du vide ou du travail en hauteur ? |  |  |
| Diabète ? |  |  |
| Maladie digestive ? |  |  |
| Hernie ? |  |  |
|  | | |
| Hypertension artérielle ? |  |  |
| Maladie du cœur ? |  |  |
| Maladie des artères, des veines, ? |  |  |
| Maladie des oreilles, du nez, des sinus ? |  |  |
| Vertiges, perte de l’équilibre ? |  |  |
|  | | |
| Maladie du sang (anémie,...) ? |  |  |
|  | | |
| Maux de dos, rhumatismes ? |  |  |
| Tendinites, problèmes articulaires, musculaires ? |  |  |
| **AVEZ-VOUS PRECEDEMMENT :** | **OUI** | **NON** |
| Subi un électrocardiogramme ? |  |  |
| Subi un électroencéphalogramme ? |  |  |
|  | | |
| Eté traité(e) par des médicaments pendant une longue période ? |  |  |
| Si oui précisez ? | | |
| **PRATIQUEZ-VOUS REGULIEREMENT :** | **OUI** | **NON** |
| Une ou plusieurs activités physiques ? |  |  |
| Si oui le(s)quel(s) ? | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSOMMEZ-VOUS REGULIEREMENT :** | | | **OUI** | **NON** |
| Alcool, vin, bière ? | | |  |  |
| Tabac ? | | |  |  |
| Médicaments ? | | |  |  |
| Si oui lesquels ? | | | | |
| Drogues, stupéfiants ? | | |  |  |
| Si oui lesquels ? | | | | |
|  | | | | |
| Une ou des invalidités ou incapacités permanentes vous sont-elles reconnues ? | | |  |  |
| Si oui, quels en sont les taux ? | | | | |
| **ETES-VOUS VACCINE CONTRE :** | **OUI** | **NON** | Si oui, date du dernier rappel | |
| Le tétanos ? |  |  |  | |
| L’hépatite A ? |  |  |  | |
| L’hépatite B ? |  |  |  | |
| Le (la) soussigné(e) n’ignore pas qu’une déclaration non sincère ou incomplète peut entraîner la nullité d’une décision médicale d’aptitude.  Date :  Signature (\*) (précédée des mots manuscrits « Certifié sincère et complet ») :  *(\*) “Je marque mon accord sur le fait que Cohezio traite mes données à caractère personnel pour les finalités propres à ma demande ».*  *La politique concernant le traitement des données à caractère personnel de Cohezio se trouve sur le site web* [*www.cohezio.be/fr/declaration-de-confidentialite*](http://www.spmtarista.be/fr/declaration-de-confidentialite)*.* | | | | |