



## Questionnaire Médical

Année Universitaire : ..... /.....



Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

Adresse :

.....

Poids : .....

Taille : .....

Groupe sanguin : .....

Acuité visuelle :

Œil Droit

Œil Gauche

Consommez-vous du tabac ? Oui  Non

Combien de cigarette par jour ?

Pratiquez-vous du sport ? Oui  Non

Lequel ?

.....

Présence de cicatrice de BCG au niveau de l'avant bras : Oui  Non

Avez-vous reçu de vaccin antitétanique : Oui  Non

Quand ? .....



**Antécédents personnel :** (Nourrisson –Enfant-Adulte)

**Antécédents Médicaux :**.....

**Maladies infantiles :** Varicelle  Rougeole  Rubéole  Oreillons

**Autres :**

.....

**Antécédents chirurgicaux :** Opération

.....

.....

**Antécédents familiaux :** (Père, Mère, Fratrie)

**Diabète :** .....

**Maladie cardiaque :** .....

**Tension artérielle :** .....

**Autres :** .....

**Souffrez-vous d'un signe clinique ?** .....

Stresse  Fatigue  Vertige  Insomnie  Phobie  Migraine

**Autres Signes :** .....

**Avez-vous une maladie chronique :**  Oui  Non

**Traitements :** .....

**Avez-vous des allergies :**  Oui  Non

**La date de votre dernier bilan sanguin :**  Oui  Non

**Souffrez-vous de caries dentaires ?**

.....

Les étudiants ayant eu un contact à risque, présentant des symptômes et/ou ayant été testés positifs sont invités à : se signaler à l'adresse : [docteurseoran@gmail.com](mailto:docteurseoran@gmail.com)

- Chaque étudiant portant une maladie chronique doit ramener une copie du dossier médical.
- Veuillez remettre une copie de la carte du groupe sanguin

Dr. ALLAF H. Ep. IKKACHE  
Docteur en Médecine