

## Questionnaire Médical

Année Universitaire : 2023 /2024

Photo

### Renseignements Administratifs

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse(wilaya) : .....

N°Téléphone personnel: ..... N°Téléphone (père/mère) :.....

Mail : .....

Groupe/section : .....

### Renseignements Médicales

Poids :	
Taille :	
Groupe sanguin :	

Acuité visuelle : Œil Droit ...../10 Œil Gauche ..... /10

Portez-vous des lunettes Oui ..... Non .....

Portez-vous des lentilles de contact Oui ..... Non .....

## Hygiène de vie

Tabac Oui  Non

cigarettes par jour ? .....

Pratiquez-vous du sport ? lequel ? .....

Présence de cicatrice de BCG au niveau de l'avant bras : .....

Avez-vous reçu de vaccin antitétanique : ..... Quand ? .....

## Antécédents personnels

Antécédents personnel : (Nourrisson –Enfant-Adulte)

Antécédents Médicaux : .....

Maladies infantiles : Varicelle  Rougeole  Rubéole  Oreillons

Avez-vous déjà été infecté par le Covid-19 ?.....Quand ? .....

Avez-vous reçu un vaccin ?..... lequel ? .....

Autres : .....

Antécédents chirurgicaux : Opération .....

## Antécédents familiaux

Antécédents familiaux : (Père, Mère, Fratrie)

Diabète : .....

Maladie cardiaque : .....

Tension artérielle : .....

Autres : .....

	Décédés		
	Année du décès	Cause du décès	Covid-19 ?
père			
mère			
frères			
sœurs			

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

Stresse  Fatigue  Vertige  Insomnie  Phobie  Migraine

Autres Signes : .....

Avez-vous une maladie chronique : .....

Traitements : .....

Avez-vous des allergies : .....

Avez-vous des allergies (Médicaments) citez ? : .....

La date de votre dernier bilan sanguin : .....

Souffrez-vous de caries dentaires ? .....

.....

- Chaque étudiant portant une maladie chronique doit ramener une copie du dossier médical.
- Veuillez remettre une copie de la carte du groupe sanguin
- Carte de vaccination Covid-19

Veuillez remettre le formulaire à l'infirmerie