

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