

**DOSSIER MEDICAL**

**A remplir uniquement par un médecin traitant ou un spécialiste**

**A joindre au dossier de candidature sous enveloppe cachetée**

**NOM ……………………………………………………….**

**Prénom ……………………………………………………….**

**Date de naissance ………………………………………………………**

**Femme ❒ Homme ❒**

**Poids : …………………………… Taille : …………………………**

**HISTOIRE NEONATALE**

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………….......

**MALADIES**

**A-t-il des allergies : ❒oui ❒**non

Si oui, lesquels : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Est-il asthmatique : ❒oui ❒**non

**A-t-il eu des convulsions : ❒oui ❒**non

**Si oui à quel âge :…………………..**

**En a-t-il encore : ❒oui ❒**non

**Fréquence : ………………………..**

**Est-il épileptique : ❒oui ❒**non

**Est-il diabétique : ❒oui ❒**non

**Est-il sujet à la maladie cardiaque : ❒oui ❒**non

**Si oui, dernier bilan : …………………………….**

**Autres (préciser nature et dates) : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**HANDICAP MENTAL :**

**Déficience intellectuelle moyenne : ❒oui ❒**non

**Déficience intellectuelle légère : ❒oui ❒**non

**HANDICAP PHYSIQUE :**

**Origine :**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**Nature :**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**TROUBLES SENSORIELS**

**Voit-il bien : Sans lunette ❒oui ❒**non

 **Avec lunette ❒oui ❒**non

**Entend-il bien : ❒oui ❒**non

**Porte-t-il un appareil auditif ❒oui ❒**non

**Déficience du langage et de la parole ❒oui ❒**non

**Si oui, précisez : …………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………..**

**GYNECOLOGIE**

**Utilise-t-elle un moyen de contraception : ❒oui ❒**non

**Si oui, lequel : ………………………………………………………….....**

**La question a-t-elle été abordée avec elle : ❒oui ❒**non

**Y a-t-il une contre-indication médicale à une contraception : ………………………………………………………………………….....**

**Précisions supplémentaires éventuelles : …………………………………**

**………………………………………………………………………………..**

**TROUBLES PSYCHIQUES**

**Existe-t-il un diagnostic : ❒oui ❒**non

**Lequel : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Est-il suivi par un médecin psychiatre : ❒oui ❒**non

**A quel rythme :……………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………**

**Coordonnées : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**ADDICTIONS**

**A-t-il des problèmes d’addictions ? ❒oui ❒**non

**Si oui lesquelles ? …………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………….**

**Bénéficie-t-il d’une aide ? …………………………………………………**

**………………………………………………………………………………**

**VACCINATIONS**

**D.T.P : ❒ date : …/…/… dernier rappel : date : …/…/…**

**B.C.G : ❒ date : …/…/… dernier rappel : date : …/…/…**

**Hépatite : ❒ date : …/…/… dernier rappel : date : …/…/…**

**Autres : ❒ Date : …/…/… préciser : …………………**

 **❒ Date : …/…/… préciser : …………………**

 **❒ Date : …/…/… préciser : …………………**

**HOSPITALISATIONS**

Du / / au / / Motif …………………………………………

Du / / au / / Motif …………………………………………

Du / / au / / Motif …………………………………………

Du / / au / / Motif …………………………………………

En cas d’hospitalisations récentes, joindre un compte rendu d’hospitalisation.

**INTERVENTIONS CHIRUGICALES**

**Précisez la nature et les dates**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**OBSERVATIONS PARTICULIERES**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**TRAITEMENT ACTUEL**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nom du Médecin Traitant :……………………………………………………………………...

Coordonnées :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Visa du Médecin : Tampon :