



**QUESTIONNAIRE MEDICAL
CONFIDENTIEL**

Mademoiselle,
Monsieur,

En vertu du décret du 14/03/2019, un bilan de santé individuel est obligatoire pour les étudiants inscrits pour la première fois dans **l'enseignement supérieur non universitaire**.

Il est intéressant que le médecin scolaire prenne connaissance de divers renseignements concernant votre état de santé actuel.

Pouvez-vous remplir ce document le plus complètement possible et **le prendre avec vous lors de l'examen médical**.

Afin de permettre la réalisation des missions de notre centre, nous traitons des données vous concernant ainsi que votre cadre de vie. Si vous souhaitez davantage d'informations sur comment nous traitons vos données, vous pouvez consulter notre politique de protection des données disponible sur notre site internet <https://www.servicepsechatelet.be> rubrique RGPD.

En remplissant ces informations, vous consentez à ce que nous les traitons en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge telle que prévue par la loi, et dans les mêmes conditions que prévues dans notre politique citée précédemment. Vous pouvez retirer ce consentement à tout moment.

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

N° national (commence par la date de naissance inversée) - . - . -

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : F – M Nationalité :

Adresse : n°

Localité : CP :

Téléphone privé : Autres (à préciser) :

Médecin traitant :

Ecole fréquentée lors de la dernière visite médicale scolaire : classe :

Si vous avez subi une visite médicale scolaire l'an dernier ***au cours d'études supérieures***, joignez une copie des résultats de l'examen médical afin d'en être dispensé cette année.

A compléter par les étudiants étrangers uniquement :

Adresse en Belgique :

Téléphone en Belgique :

Date d'arrivée en Belgique : Pays d'origine :

Êtes-vous passé par l'office des étrangers : oui-non



2. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

	EN VIE		DÉCÉDÉS	
	ÂGE	ÉTAT DE SANTÉ MALADIES	ÂGE DÉCÈS	CAUSE DU DÉCÈS
Père				
Mère				
Frères				
Sœurs				

3. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

A) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?.....
Si oui, laquelle et à quelle date ?
.....

B) Quels accidents, blessures ou traumatismes avez-vous subis ? (fractures, douleurs lombaires,...) ?
.....

C) Prenez-vous des médicaments actuellement? Si oui, lesquels?
.....

D) Avez-vous été ou êtes-vous victime d'une affection :

- de la peau (eczéma, psoriasis,...) :
- du système nerveux (épilepsie, dépression nerveuse,...) :
- des yeux, du nez, des oreilles (troubles de la vue,...) :
- du système digestif (vomissement, jaunisse,...) :
- des voies respiratoires (pneumonie, asthme, tuberculose,...) :
- du cœur ou de la circulation sanguine (varices, palpitations,...) :
- du système génito-urinaire (affection gynécologique, albumine,...) :
- des glandes endocrines (diabète, goitre,...) :
- transmissible ou maladie infectieuse (méningite, scarlatine,...) :

4. VACCINATIONS (ou photocopie de la carte de vaccination)

	Polio	Diphtérie/ Tétanos/ Coqueluche	Hépatite A	Hépatite B	R.R.O.	Méningite C	B.C.G.	HPV	Autre
1 ^{ère} Inj.									
2 ^{ème} Inj.									
3 ^{ème} Inj.									
4 ^{ème} Inj.									
Rappel									

Signature :.....

Date :