

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions, de commenter les éventuelles anomalies constatées, et de signer le présent examen.
REMARQUE : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant.

NOM et Prénom de la personne à assurer _____

Pièce d'identité N° _____

| | NON | OUI | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 18 Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | quand ? _____ pour quelles pathologies ? _____ _____ |

19 CONSTITUTION

| | | | |
|-------------------------------|-------|--|--|
| a) Taille | _____ | | cm (résultat de la mensuration) |
| b) Poids | _____ | | kg (résultat de la pesée) |
| c) Périmètre du thorax | _____ | | cm en inspiration _____ cm en expiration |
| d) Circonférence de l'abdomen | _____ | | cm |

20 GÉNÉRALITÉS

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de croissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquelles ? _____ |
| b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquelles ? _____ |

21 HABITUDES

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquelles ? _____ |
| b) Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquels ? _____ |

22 SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Votre examen met-il en évidence une anomalie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | laquelle ? _____ |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|

23 PSYCHIATRIE

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquels ? _____ |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|

24 SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|
| Constataz-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | laquelle ? _____ |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------|

25 ORGANES SENSITIFS

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | laquelle ? _____ D. : _____ G. : _____ |
| Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | degré : _____ D. : _____ G. : _____ |
| b) Y a-t-il une affection des yeux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | laquelle ? _____ |
| Nécessite-t-elle une correction ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | avant correction: OD _____ OG _____ après correction: OD _____ avec _____ dioptries OG _____ avec _____ dioptries |

26 APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| a) L'aire cardiaque est-elle agrandie (à l'examen) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | importance ? _____ |
| b) Troubles du rythme ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquels ? _____ |
| c) Constataz-vous une anomalie des bruits du coeur ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | laquelle ? _____ |
| d) Entendez-vous un souffle cardiaque ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> systolique <input type="checkbox"/> diastolique intensité : _____ où ? _____ comment se propage-t-il ? _____ irradiation ? _____ le souffle est-il organique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non diagnostic : _____ |
| e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | siège : _____ <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche cause : _____ importance : _____ |
| f) Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | lesquels ? _____ importance : _____ |

