

QUESTIONNAIRE MEDICAL STAGIAIRES(*)**Nom:**.....**Prénom :**.....**Date de naissance :**.....**Numéro de registre national (NISS) :**.....**Adresse :**.....

.....

Numéro téléphone :.....

Avez-vous eu des maladies graves? (accident, opération, hospitalisation,...) OUI/ NON

Si oui, indiquez quelle maladie, opération, quel accident,... ci-dessous :

.....

Etes –vous allergique? OUI/ NON

Si oui, à quoi?

Avez-vous une allergie au latex? OUI/ NON

Avez-vous une maladie de la peau? OUI/ NON

Si oui, laquelle?.....

Avez-vous des lésions au niveau de vos mains? OUI/ NON

Si oui, quelle en est la cause?.....

Avez-vous une pathologie de dos? OUI/ NON

Si oui, laquelle?.....

Avez-vous des problèmes de dos pour l’instant? OUI/ NON

Avez-vous des douleurs articulaires et/ou musculaires? OUI/ NON

Si oui, lesquels?

Avez-vous eu la rubéole pendant votre enfance OUI/ NON

Ou êtes-vous vacciné ? OUI/ NON

Etes-vous déjà vacciné contre l’hépatite A et/ou B? OUI/ NON

Si oui, mentionnez toutes les dates de vaccination et apportez le protocole labo avec le résultat des anticorps

.....

Quand avez-vous eu la dernière vaccination contre le tétanos (boostrix)?.....

Avez-vous eu la tuberculose dans le passé? OUI/ NON

Si vous avez déjà subi un test tuberculinique/intradermo, y avait-il une réaction ? OUI/ NON

Etes-vous enceinte? OUI/ NON

Avez-vous un traitement avec des médicaments qui sont immunodépresseurs? OUI/ NON

Le soussigné déclare avoir rempli le questionnaire sur l’honneur

Date:

Signature:

VEUILLEZ EMPORTER CE QUESTIONNAIRE POUR L’EXAMEN MEDICAL!