

**CONFIDENTIEL – CONFIDENTIAL**

**A remplir par le candidat**

*(Avec l'assistance du médecin examinateur, si nécessaire)*

**To be completed by the applicant**

*(With the assistance of the examining doctor, if required)*

**QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE-EMPLOI  
PRE-EMPLOYMENT MEDICAL QUESTIONNAIRE**

**IMPORTANT:** Le candidat doit répondre en conscience et au mieux de ses connaissances véridiquement et complètement, au questionnaire ci-dessous.

**IMPORTANT:** The applicant must answer truthfully and completely the questions set out below to the best of his knowledge and belief.

Nom <b>Name</b>	Prénom <b>First name</b>	Sexe <b>Sex</b>	M F
Né(e) le . <b>Date of birth</b>	Situation de famille <b>Marital Status</b>	Nombre d'enfants <b>Number of children</b>	
Profession .....			

**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS – PERSONAL HISTORY**

- Souffrez-vous ou avez-vous jamais souffert de :  
Do you suffer, or have you ever suffered, from :

Maladies du sang [anémie, leuco-granulopénie, leucémie, tendance aux hémorragies (nez, dents, selles)] etc...  
Diseases of the blood (anaemia, leuco-granulopenia, leukemia, tendency to haemorrhage nose, teeth, stools) etc. ....

Maladies des glandes lymphatiques (ganglions enflés, douloureux, en permanence ou par accès)  
Diseases of the lymphatic glands (glands swollen and painful, permanently or intermittently) .....

Maladies du coeur (essoufflement, cyanose, lésion connue, hypertension)  
Heart diseases (shortness of breath, cyanosis, known lesion, high blood pressure) .....

Maladies pulmonaires [infectieuses, aiguës ou chroniques (TBC)]  
Lung diseases [infectious, acute or chronic (T.B.)] .....

Maladies du tube digestif, du foie, du pancréas (de toute nature)  
Diseases of the digestive system, liver and pancreas (of all kinds) .....

Maladies des reins et du système génital (infection chronique, néphrite, calcul)  
Diseases of the genito-urinary system (chronic infection, nephritis, stone) .....

Maladies du système nerveux (tremblements, fatigue, dépression, troubles mentaux, épilepsie)  
Diseases of the nervous system (tremor, fatigue, depression, mental trouble, epilepsy) .....

Maladies de la peau  
Skin diseases .....

Maladies du métabolisme et des glandes endocrines (diabète, goutte, etc..., maladies des glandes thyroïde et surrénale)  
Disorders of metabolism and the endocrine glands (diabetes, gout, etc., diseases of the thyroid and adrenal glands) .....

Affections oculaires (cataracte, conjonctivite, daltonisme, myopie, astigmatisme, troubles de la vue ..)  
Eye diseases (cataract, conjunctivitis, colour blindness, shortsightedness, astigmatism, defective vision..) .....

Affections oto-rhino-laryngologiques (rhinite, angine chronique)  
Ear, nose and throat diseases (rhinitis, chronic tonsillitis) .....

Maladies allergiques (asthme, rhume des foins, névrodermite)  
Allergies (asthma, hay fever, and neurodermatitis) .....

Maladies infectieuses (fièvre rhumatismale, diphtérie et autres affections sérieuses)  
Infectious diseases (rheumatic fever, diphtheria, and other serious illnesses) .....

Affections ostéo-articulaires (colonne vertébrale)  
Osteo-articular diseases (spinal column) .....

Pour les personnes de sexe féminin : affections gynécologiques  
For women any gynecological diseases .....

Avez-vous souffert d'autres affections non énumérées ci-dessus ? (si oui, lesquelles) .....

Have you suffered from any other diseases not mentioned above ? (if so, give details) .....

Avez-vous eu des traitements prolongés par des antibiotiques, de l'insuline, de la cortisone ou d'autres cure d'injections ?  
Have you had prolonged treatment with antibiotics, insulin, cortisone, or other injections? .....
- Prenez -vous régulièrement des médicaments ? (si oui, lesquels)  
Do you take any medicine regularly? (if so, give details) .....
- Faites-vous ou avez-vous fait usage habituel de stupéfiants ou de boissons alcooliques ?  
(si oui, lesquels et quelle quantité en moyenne par jour)  
Are you or have you ever been in the habit of taking drugs or alcoholic drinks ? .....

(if so, state which and what amount per day) .....

4. Fumez-vous ? (si oui, quelle quantité par jour)  
Do you smoke ? (if so state quantity per day).....
5. Avez-vous été victime d'un accident grave ? (si oui, lequel et quelles ont été les suites)  
Have you ever had a major accident? (if so give details and state the consequences) .....
6. Avez-vous subi une opération ? (si oui, laquelle)  
Have you ever undergone an operation ? (if so, give particulars) .....
7. Avez-vous été exclu du service militaire ou dirigé vers des services auxiliaires pour raison médicale ?  
Have you ever been rejected for military service, or directed into an ancillary service for medical Reasons ? .....
8. Avez -vous été refusé ou accepté avec réserve par une caisse d'assurances maladie, accident ou vie ?  
Has any insurance company ever refused to insure you or accepted you only with reserves ? .....
9. Vous considérez-vous actuellement comme étant en parfaite santé ?  
Do you at present consider yourself in perfect health ? .....
- Si non, quels sont les symptômes que vous ressentez actuellement ?  
If not what are your present symptoms ? .....

**Antécédents héréditaires et familiaux – Heredity – Family history**

10.

Membres de votre famille Members of your family	Etat de santé State of health	Age et cause du décès Age at death and cause of death
Père / Father		
Mère / Mother		
Frères et sœurs / Brothers and sisters		
Epoux ou épouse / Husband or wife		
Enfants / Children		

11. Vos parents (père, mère, frères ou soeurs) ont-ils été atteints de: (répondez par oui ou par non)  
Have any members of your family (father, mother, brothers or sisters) suffered from: (answer with yes or no)

Mal. du cœur Heart disease	Mal. allergiques (asthme) Allergies (asthma)	Diabète Diabetes
Hypertension High blood pressure	Cancer Cancer	Mal. du système nerveux Diseases of the nervous system
Maladies du sang (leucémie) Diseases of the blood (leukaemia)	Tuberculose Tuberculosis	Paralysie, mal. mentales, épilepsie Paralysis, mental illness, epilepsy

**Antécédents professionnels – Professional history**

Précisions sur les travaux que vous avez effectués antérieurement – Details of previous work

12. Avez-vous souffert de maladies professionnelles dues à des irradiations, toxiques, chimiques (mercure, benzol, hydrocarbures), substances cancérigènes, mutagènes, silicose des mineurs ou duciment ou autres ?  
Have you ever suffered from any occupational diseases due to irradiation, toxic chemicals, mercury, benzol, hydrocarbons, cancer-producing or mutation-producing substances or any other ? Have you ever suffered from miner's or cement worker's silicosis ?  
.....
13. Avez-vous été au contact de matières radioactives ou avez -vous été exposé à des rayonnements ionisants dans votre travail ?  
Si oui, quelles sont les doses que vous avez reçues ?  
Etes -vous en possession de votre dossier médical à ce sujet ?  
Have you ever been in contact with radioactive materials or exposed to ionizing radiation in the course of your work? Oui/Yes      Non/No  
If so, give particulars of doses received if known  
Are you in possession of your medical case history in this respect ?..... Oui/Yes      Non/No
14. Avez-vous été soumis à des contrôles médicaux de dépistage des maladies professionnelles ?  
Si oui, selon quelle fréquence ?  
Have you ever undergone any medical examinations for the detection of occupational disease ?..... Oui/Yes      Non/No  
If so, at what intervals ? .....
15. Avez-vous eu des contrôles sanguins pendant votre travail dans les radiations ou avec des substances dangereuses ?  
Si oui, ont-ils donné des résultats normaux ?  
Have you ever undergone blood tests in the course of work involving exposure to radiation or with dangerous substances? Oui/Yes      Non/No  
If so, were the results normal? .....

Lieu et date  
Place and date

Signature: