

Examen médical d'aptitude pour sapeurs-pompiers

Questionnaire pour les sapeurs-pompiers (SP)

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

NPA/Lieu _____

Téléphone/Mobile _____

Date de naissance _____ Profession _____

Activité professionnelle actuelle _____

Date du dernier examen médical pour le service du feu _____

Examen _____ Protection respiratoire depuis _____

Service du feu en gén. depuis _____ Permis C/C1 Oui Non

Commandement du corps de sapeurs-pompiers compétent _____

Question/veuillez cocher ce qui convient	Non	Oui	Précisions
Êtes-vous actuellement en bonne santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre capacité de travail est-elle entravée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou de maux:			
des organes respiratoires (asthme, bronchite, pneumonie, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du cœur, de la circulation ou des vaisseaux sanguins (problèmes lors d'efforts physiques intenses, pertes de connaissance subites, malformation cardiaque, palpitations cardiaques, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, troubles de la circulation sanguine, attaque cérébrale, varices, phlébite, thrombose, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du système nerveux (épilepsie, vertiges, paralysie, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du psychisme (claustrophobie, peur du vide, attaques de panique, dépressions, tentative de suicide, psychoses, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des organes digestifs ou abdominaux (calculs rénaux, jaunisse, maladies du foie, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du métabolisme ou du sang (valeurs glycémiques trop élevées, diabète, cholestérol trop élevé, maladie de la glande thyroïde, anémie, troubles de la coagulation sanguine, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
du système immunitaire ou de maladies infectieuses (hépatite, maladies tropicales, infection par le SIDA, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Question/veuillez cocher ce qui convient	Non	Oui	Précisions
de la peau (eczéma, allergies, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de l'appareil locomoteur (colonne vertébrale, disques intervertébraux, os, articulations, muscles, tendons, arthrose, rhumatismes, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de l'ouïe (surdité, traumatisme causé par une détonation ou le bruit, inflammations, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des yeux (problèmes d'acuité visuelle, défiance visuelle, maladies de la rétine, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous des lunettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous des lentilles de contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres maladies, troubles ou maux non cités ci-dessus (infirmités cong�nitaless, malformations, tumeur, cancer, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été victime d'accidents, de blessures ou d'intoxications qui ont nécessité une hospitalisation ou une opération et/ou dont vous supportez les séquelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été examiné(e), soigné(e) ou opéré(e) dans un hôpital ou un autre établissement médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on prescrit des cures de repos ou de désintoxication, un régime diététique ou d'autres cures ou de telles cures sont-elles prévues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour les femmes : �tes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une des maladies suivantes concerne-t-elle votre famille (parents consanguins, en particulier les parents ou les frères et s�eurs): maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins, infarctus avant l'âge de 50 ans, opérations de bypass, hypertension artérielle, cholestérol trop élevé, diabète, attaques cérébrales, maladies cong�nitaless, autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prenez-vous régulièrement ou occasionnellement des médicaments (en particulier des analgésiques, somnifères ou calmants)? Si oui, pourquoi? Indiquez le médicament exact ainsi que le dosage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous d'allergies (rhume des foins, asthme, allergies aux piqûres d'insectes, à des médicaments, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fumez-vous ? Combien? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Buvez-vous de l'alcool ? � quelle fréquence? Quelle quantité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consommez-vous ou avez-vous autrefois consommé des drogues ? Lesquelles? � quelle fréquence? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratiquez-vous du sport ? Le(s)quel(s)? Combien de fois par semaine? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Accomplissez-vous ou avez-vous accompli un service militaire ou civil ou un service de protection civile ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quelle est votre taille? (en cm)			
Quel est votre poids? (en kg)			
Nom et adresse de votre médecin de famille ou médecin traitant			

Je déclare par la présente avoir répondu aux questions de manière intégrale et conforme à la vérité. J'autorise le médecin du corps des sapeurs-pompiers à se procurer auprès de mon médecin de famille ou médecin traitant les informations médicales qui sont nécessaires pour apprécier mon aptitude au service du feu.