**Programme de Bénévolat Sud – Nord de la Mission de Brême  
Formulaire d'examen médical (à remplir par un médecin)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du candidat: | | | | | |
| Date de naissance: | | | | | |
|  | masculin |  | féminin |  | divers |

|  |
| --- |
| Combien de temps avez-vous connu le candidat? |
| Avez-vous assisté à lui/elle professionnellement?  oui  non  Dans l’affirmation, quelle plainte? |

|  |
| --- |
| Etat général? |
| Pouls: |
| Pression artérielle: |
| Résultat de la radiographie pulmonaire: |

|  |
| --- |
| Des antécédents familiaux de maladie? |
| Toute opération grave, les blessures ou les maladies dans le passé? |
| Quelles maladies infectieuses a eu le candidat? |

|  |
| --- |
| Des defaults de l’œil?  oui  non  Dans l’affirmation, des lunettes sont-elles usées et satisfaisantes? |
| Toute affectation de l’oreille?  oui  non  Dans l’affirmation, veuillez préciser : |
| Un défaut auditif?  oui  non  Dans l’affirmation, veuillez préciser : |
| La bouche et la gorge sont-elles en bonne santé?  oui  non  Si non, veuillez préciser: |
| Les dents sont bien soignées?  oui  non  Si non, veuillez préciser: |
| Le cœur et les poumons sont-ils sains?  oui  non  Si non, veuillez préciser: |
| Des signes ou symptômes abdominaux?  oui  non  Dans l’affirmation, veuillez préciser : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Le/la candidat(e) est-il/est-elle vacciné(e) contre les maladies suivantes ? | | | |
| Tétanos | oui | non | Si oui: Quand? |
| Diphtérie | oui | non | Si oui: Quand? |
| Coqueluche | oui | non | Si oui: Quand? |
| Rougeole | oui | non | Si oui: Quand? |
| Oreillons | oui | non | Si oui: Quand? |
| Rubéole | oui | non | Si oui: Quand? |
| Polio | oui | non | Si oui: Quand? |
| Hépatite | oui | non | Si oui: Quand? |
| Covid-19 | oui | non | Si oui: Quand? |
| **Si disponible, veuillez joindre une copie documentant le statut de la vaccination.** | | | |

|  |
| --- |
| Aucun signe d’hernie? |
| Urine: |
| De l’albumen? |
| N’importe quel sucre? |
| Des troubles organiques, nerveux ou autres? |
| Des troubles fonctionnels? |

|  |
| --- |
| Le candidat est-il émotionnellement équilibré?  oui  non  Si non, veuillez préciser : |
| Y-a-t-il des antécédents de dépression?  oui  non  Dans l’affirmation, veuillez préciser: |
| Y-a-t-il une tendance à la dépression?  oui  non  Dans l’affirmation, veuillez préciser : |
| Avez-vous une connaissance du mode de vie du candidat et y-a-t-il des preuves d'abus d'alcool ou de drogues?  oui  non  Dans l’affirmation, veuillez préciser: |
| Considérez-vous qu'il a y des raisons médicales pour lesquelles le candidat ne devrait pas aller à l'étranger pendant 12 mois?  oui  non  Dans l’affirmation, veuillez préciser: |

|  |
| --- |
| Le candidat y-a-t-il besoin d'un régime spécial ou d'un traitement médical régulier quelconque ? |

|  |
| --- |
| Nom de l’examinateur: |
| Adresse de l’examinateur: |
| Date: |
| Signature de l’examinateur |