**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 [ ]  nonDans 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 [ ]  nonDans l’affirmation, des lunettes sont-elles usées et satisfaisantes?  |
| Toute affectation de l’oreille? [ ]  oui [ ]  nonDans l’affirmation, veuillez préciser :  |
| Un défaut auditif? [ ]  oui [ ]  nonDans l’affirmation, veuillez préciser :  |
| La bouche et la gorge sont-elles en bonne santé? [ ]  oui [ ]  nonSi non, veuillez préciser:  |
| Les dents sont bien soignées? [ ]  oui [ ]  nonSi non, veuillez préciser:  |
| Le cœur et les poumons sont-ils sains? [ ]  oui [ ]  nonSi non, veuillez préciser:  |
| Des signes ou symptômes abdominaux? [ ]  oui [ ]  nonDans 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 [ ]  nonSi non, veuillez préciser :  |
| Y-a-t-il des antécédents de dépression? [ ]  oui [ ]  nonDans l’affirmation, veuillez préciser:  |
| Y-a-t-il une tendance à la dépression? [ ]  oui [ ]  nonDans 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 [ ]  nonDans 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 [ ]  nonDans 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  |