

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (ETUDIANT)

FIR.U

Cette fiche de renseignements est strictement personnelle et confidentielle. C'est un document médico-légal. Elle doit contribuer à améliorer la qualité de votre suivi médical., remplissez-le avec soin en cochant la case correspondant à votre réponse et situation.

Nom : Prénom : Sexe : M F
Date de naissance : Lieu :
Gouvernorat et délégation d'origine :
Adresse complète de l'étudiant E-mail..... Tél :
Adresse complète des parents E-mail..... Tél :
Etat civil : Marié(e) Célibataire Autre :
Type du bac: Année du Bac : Etablissement
universitaire..... Section : Année d'étude actuelle :
Redoublant: Oui Non Nombre d'années de redoublement: primaire.....secondaire.....Universitaire.....

1- AVEZ-VOUS ETE OU ETES-VOUS ATTEINT D'UNE DES MALADIES SUIVANTES(1) :

- Allergie : Non Oui (2)..... - Asthme : Non Oui (2).....
- Diabète : Non Oui (2)..... - Maladie du cœur : Non Oui (2).....
- Epilepsie : Non Oui (2)..... - Troubles psychiatriques : Non Oui (2).....
- Traumatismes, fractures : Non Oui (2)..... - Rhumatisme articulaire aiguë : Non Oui (2).....
- Reins ou voies urinaires : Non Oui (2)..... - Autre maladie : préciser :

2- VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL (1) :

- Quelle est la date du dernier examen médical dont vous avez bénéficié? et dans quel cadre(1) ? :
 Consultation pour maladie, préciser : Visite médicale scolaire Autre, Préciser
- Connaissez-vous votre tension artérielle (1) ? : Oui Non
- Suivez vous actuellement un traitement particulier (1) ? : Non Oui, lequel :
- Avez-vous été hospitalisé(e) (1) ? : Non Oui
Précisez la date, la durée, le lieu et la cause de l'hospitalisation :
- Avez-vous été Opéré(e) (1) ? : Non Oui
Précisez la date, la durée, le lieu et la cause de l'hospitalisation :

3- PRESENTEZ-VOUS A L'HEURE ACTUELLE L'UN DES SIGNES SUIVANTS (1)?

- Fatigue fréquente : Non Oui - Soif anormale : Non Oui
- Appétit : réduit exagéré - Amaigrissement récent et notable (> 5kg) : Non Oui
- Des troubles du sommeil : Non Oui - Difficultés à vous concentrer : Non Oui
- Douleurs : Non Oui, Préciser (nature, siège, type)

4- ANTECEDANTS FAMILIAUX (1):

- L'un de vos proches parents est-il malade(1) ? : (maladie physique ou mentale) Oui Non
Si Oui, préciser : - la maladie : depuis - le degré de parenté
- Autres renseignements :

(1) cocher la case correspondante

(2) date de début de l'affection

5- EVENEMENTS DE VIE(1):

- Avez-vous vécu un évènement particulièrement traumatisant (1)? : Non Oui A quel âge?
Préciser lequel?
- Avez-vous actuellement une préoccupation particulière (physique, psychique, familiale ou sociale) : Non Oui
Si Oui, Laquelle?

6- QUELQUES DONNEES SUR VOTRE MODE DE VIE(1) :

- Pratiquez vous ou avez vous pratiqué un sport (1)? : Non Oui lequel ? :
- Etes vous ou avez été membre d'un club ou d'une association sportive(1) : Non Oui lequel (laquelle) ? :
- Aviez-vous un club de santé dans votre lycée (1) ? : Oui Non ne sait pas
- Etiez-vous membre de ce club (1) ? : Oui Non
- Avez-vous participé à une ou des séances de ce club (1)? : Oui Non
- Fumez-vous (1)? Oui Non , avez-vous fumé(1) ? : Oui Non
- Consommez-vous de l'alcool(1)? : Oui Non, avez-vous consommé (1)? : Oui Non
- Avez-vous jamais présenté(1)? : - Un écoulement génital Oui Non -Un prurit génital Oui Non
- Si Oui, avez-vous consulté un médecin (1) ? : un pharmacien autre , à préciser.....
- Avez vous suivi un traitement (1)? : Oui Non
- Entendez-vous bien (1) ? : Oui Non, pourquoi ?
- Avez-vous des troubles de la vision(1) ? : Non Oui, préciser :
- Portez-vous des lunettes de vue ? : Non Oui, depuis quand ? :date du dernier contrôle de la vision.....

Signature de l'étudiant

Cadre à remplir d'abord par le médecin puis par l'étudiant suite à l'examen et à l'entretien. L'étudiant ne doit signer ce volet qu'après la visite médicale et l'entretien avec le médecin.

Je soussigné Docteur(2) : médecin de la santé publique certifie avoir examiné ce jour..... Mr (Mlle)(2) : et l'avoir informé des conclusions de cet examen(1).

- Je lui ai donné une lettre confidentielle pour le médecin scolaire de l'établissement d'enseignement supérieur
 Je ne lui ai pas donné une lettre confidentielle pour le médecin scolaire de l'établissement d'enseignement supérieur

Date

Signature et cachet du médecin

Je soussigné(e) (2), certifie avoir été dûment informé(e) des conclusions de la visite médicale par le médecin scolaire et avoir été conseillé(e) de contacter l'équipe de santé scolaire et universitaire de mon futur établissement universitaire.

Date

N° Carte identité nationale /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Signature de l'étudiant

Réservée à l'équipe médico-scolaire de l'établissement d'enseignement supérieur

Je soussigné Docteur(2) :médecin de la santé publique, certifie avoir examiné ce jour.....
Mr (mille) (2)..... et l'avoir informé des conclusions de cet examen. Je tiens à souligner que je lui ai signalé qu'il présente.....

Etat pouvant entraver les études qu'il se propose de suivre et les professions y afférentes.

Date

Signature et cachet du médecin

Je soussigné(2), étudiant en
certifie avoir été dûment informé(e) des conclusions de la visite médicale par le médecin scolaire et confirme que je souhaite poursuivre mes études dans cette filière.

Date

N° Carte identité nationale /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_

Signature de l'étudiant

(1) cocher la case correspondante

(2)indiquer le nom et le prénom