

FAO	GATT	BIT	CCI	UIT	ONU	PNUD	PNUE	UNESCO	FISE	ONUDI	AIEA	OMS	DMPI	OMM
-----	------	-----	-----	-----	-----	------	------	--------	------	-------	------	-----	------	-----

ATTACHER  
ICI  
UNE  
PHOTOGRAPHIE  
RECENTE

## NATIONS UNIES ET INSTITUTIONS SPECIALISEES

**CONFIDENTIEL**

**EXAMEN MEDICAL D'ENGAGEMENT**

LES PAGES 1 & 2 SONT A REMPLIR PAR LE CANDIDAT

Je soussigné(e) autorise tout médecin, hôpital ou clinique mentionnés ci-dessous à communiquer au Service médical commun pour les Nations Unies et Institutions spécialisées à Genève toute information provenant de mon dossier médical et qui serait jugée nécessaire pour donner un avis quant à mon aptitude sur le plan médical à l'emploi dans une des Organisations précitées.

Je certifie que mes réponses aux questions suivantes sont à ma connaissance vraies, complètes et exactes. Je suis informé(e) que toute inexactitude ou omission de ma part qui apparaîtrait sur le présent questionnaire pourrait entraîner la résiliation de mon contrat.

Date : ..... Signature : .....

Nom de famille (en lettres majuscules) : .....		Nom de jeune fille : .....		Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Prénoms : .....					
Adresse (rue, ville, district ou département, pays) : .....		Date de naissance : .....			
.....		Nationalité : .....			
.....					
Emploi postulé (décrire la nature de l'emploi) ..... .....		Téléphone : .....		Lieu de naissance : .....	
.....		Situation de famille : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Date : ..... Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Date : ..... Séparé(e) <input type="checkbox"/> Date : ..... Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Date : .....			
Lieu de l'emploi : .....					

Avez-vous déjà subi un examen médical pour les Nations Unies ou une des Agences spécialisées ? .....

Avez-vous déjà été employé(e) par les Nations Unies ou l'une de ses Agences spécialisées ? .....

Dans l'affirmative, quand ? ..... Pour quelle Organisation ? ..... Où ? .....

ANTECEDENTS FAMILIAUX							
Parents	Age	Etat de santé (pour les vivants : état actuel pour les décédés : cause de la mort)	Age lors du décès	Certains de vos parents ont-ils été atteints de ?	Oui	Non	Lequel ?
Père				Hypertension artérielle			
Mère				Maladies de cœur			
Frères				Diabète			
Soeurs				Tuberculose			
Epoux(se)				Asthme			
Enfant(s)				Cancer			
				Epilepsie			
				Troubles mentaux			
				Paralysie			

A COMPLETER PAR LE FONCTIONNAIRE DEMANDANT L'EXAMEN	A COMPLETER PAR LE DIRECTEUR DU SERVICE MEDICAL
Nom du fonctionnaire : .....	Classification médicale : <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b
Département ou division : .....	Commentaires : .....
Date : .....	Date : ..... Signature : .....

**TRES IMPORTANT : Indiquer le nom de l'Organisation ou de l'Agence proposant l'emploi :**

Répondre dans chaque cas par NON ou par OUI; dans ce dernier cas indiquer la date. Laisser en blanc ou tracer un trait est insuffisant. Lorsque le questionnaire est incomplet, des informations complémentaires sont requises, ce qui entraîne une perte de temps.

1. Avez-vous présenté l'une des maladies ou des troubles mentionnés ci-après ? Si oui, indiquer l'année.

	OUI Date	NON		OUI Date	NON		OUI Date	NON		OUI Date	NON
Angines fréquentes			Maladies du coeur et des vaisseaux			Troubles urinaires			Evanouissements		
Rhume des foins			Douleurs dans la région du coeur			Troubles rénaux			Epilepsie		
Asthme			Varices			Calculs rénaux			Diabète		
Tuberculose			Troubles digestifs			Lumbago			Gonococcie		
Pneumonie			Ulcères de l'estomac et du duodénum			Douleurs articulaires			Autres maladies vénériennes		
Pleurésie			Jaunisse			Maladie de la peau			Affections tropicales		
Bronchites fréquentes			Calculs biliaires			Insomnies			Amibiase		
Rhumatismes articulaires aigus			Hernies			Troubles nerveux ou mentaux			Paludisme		
Hypertension artérielle			Hémorroïdes			Fréquents maux de tête					

2. Donnez toute précision concernant une affection éventuellement en traitement

3. Avez-vous déjà craché du sang ?

4. Avez-vous déjà remarqué du sang :  
Dans vos urines ?  
Dans vos selles ?  
Donnez des détails :

5. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) (hôpital, clinique) ?  
Où, quand et pourquoi ?

6. Avez-vous déjà été absent(e) du travail plus d'un mois pour raison de maladie ?  
Si oui, quand ?  
Pour quelle maladie ?

7. Avez-vous eu une incapacité permanente, partielle de travail après accident ou maladie ?  
Si oui, depuis quand ?  
Nature de l'incapacité :

8. Avez-vous déjà consulté un neurologue, un psychiatre ou un psychanalyste ?  
Si oui, donnez son nom et son adresse :  
  
Motif de la consultation :

9. Prenez-vous un médicament régulièrement ?  
Lequel ?

10. Pendant ces trois dernières années, avez-vous pris ou perdu du poids ?  
Si oui, combien ?
11. Vous a-t-on déjà refusé une assurance-vie ?  
Si oui, donnez les raisons

12. Vous a-t-on déjà refusé un emploi pour raison de santé ? Si oui, donnez les raisons :

13. Avez-vous déjà reçu ou demandé une pension pour invalidité ?  
  
Taux ?  
Précisez :

14. Avez-vous déjà séjourné en pays tropical ?  
Si oui, combien de temps ?

15. Avez-vous présenté des contre-indications médicales aux voyages par voie aérienne ?

16. Vous considérez-vous vous-même :  
- en bonne santé ?  
- bénéficiant d'une capacité de travail entière ?

17. Fumez-vous régulièrement ? ☐ Oui ☐ Non  
Si oui, que fumez-vous ?  
☐ Cigarettes ☐ Pipe ☐ Cigares  
Depuis combien d'années fumez-vous ?  
Quantité journalière :

18. Consommation quotidienne de boissons alcoolisées :

19. Votre médecin ou dentiste vous a-t-il conseillé un traitement médical ou chirurgical dans un proche avenir ?  
Si oui, précisez :

20. Indiquez toute information complémentaire importante concernant votre santé :

21. Quelles sont vos activités professionnelles actuelles ?  
Indiquez vos trois derniers emplois :
22. Enumérez les risques professionnels ou autres auxquels vous avez été exposé(e) :
23. Avez-vous été dispensé du service militaire pour raisons médicales ?

24. POUR LES FEMMES

- Vos règles sont-elles régulières ? ☐ Oui ☐ Non

Sont-elles douloureuses ? ☐ Oui ☐ Non

Devez-vous garder le lit ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, pendant combien de jours ?

Date de vos dernières règles :
- Prenez-vous une pilule contraceptive ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, depuis combien d'années ?

Avez-vous déjà été traitée pour une affection gynécologique ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, laquelle ?

# A COMPLETER PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR

## APPARENCE GENERALE

Peau : Taille : cm Poids : kg

Cuir chevelu :

## VUE, ACUITE VISUELLE MESUREE

Vision naturelle : o.d. o.g Pupilles : égales ? régulières ?  
 Vision avec lunettes : o.d. o.g Fond d'oeil (si nécessaire)  
 Vision de près : o.d. o.g Vision des couleurs  
 Avec correction : o.d. o.g

## OUÏE (voix chuchotée)

A droite normale : suffisante : insuffisante :  
 A gauche normale : suffisante : insuffisante :  
 Tympan : droit gauche

## NEZ - BOUCHE - GOU

Nez : Pharynx : Denture :  
 Langue : Amygdales : Thyroïde :

## APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Pouls : Auscultation : Artères périphériques  
 Rythme : Tension artérielle : - carotide :  
 Choc de pointe : Varices : - tibiale postérieure :  
 Electrocardiogramme (si indiqué ou après 45 ans) - Tracé à joindre. - dorsalis pedis :

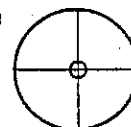
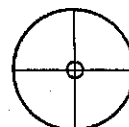
## APPAREIL RESPIRATOIRE

Auscultation

## SEINS

- Palpation : Droit

Gauche



- Aisselle :

## APPAREIL DIGESTIF

Abdomen : Rate :  
 Foie : Hernie :  
 Toucher rectal :

## SYSTEME NERVEUX

Réflexes pupillaires : { - à la lumière :  
 - à l'accommodation :  
 Réflexes rotuliens :  
 Réflexes achilléens :  
 Réflexes plantaires :  
 Motricité :  
 Sensibilité :  
 Tonus musculaire :  
 Signe de Romberg :

## ETAT PSYCHIQUE

Apparence : Comportement :

## SYSTEME GENITO-URINAIRE

Reins : Organes génitaux :

## SQUELETTE

Crâne : Membres supérieurs :  
 Colonne vertébrale : Membres inférieurs :

## SYSTEME LYMPHATIQUE

**EXAMEN RADIOGRAPHIQUE PULMONAIRE** (Film de taille normale obligatoire - Prière de joindre la radiographie, le compte-rendu de l'examen n'est pas suffisant - Cliché de profil uniquement si nécessaire).

## LABORATOIRE

LES RESULTATS DE TOUS LES EXAMENS SUIVANTS DOIVENT ETRE PORTES EXCEPTE LORSQUE FIGURE LA MENTION "SI NECESSAIRE". SAUF ACCORD PREALABLE, SEULS LES TESTS CI-DESSOUS MENTIONNES SONT PRIS EN CHARGE PAR L'ORGANISATION.

<b>Urine :</b>	Albumine .....	Sucre .....	Sédiment .....
<b>Sang :</b>	Hémoglobine : ..... %	g/dl	Leucocytes : .....
	Hématocrite : ..... %		Formule leucocytaire (si nécessaire) .....
	Erythrocytes : .....		Vitesse de sédimentation .....

## Chimie

Glycémie : .....	Cholestérol : .....	Gamma GT : .....
Créatinine : .....	Triglycérides : .....	

Réaction sérologique pour la syphilis (joindre la réponse du laboratoire)

Examen de selles (si nécessaire)

**COMMENTAIRES** (en particulier en ce qui concerne les déclarations du fonctionnaire - résumer les anomalies notées)

**CONCLUSIONS** (le médecin examinateur est prié de donner ses conclusions en ce qui concerne l'état physique et mental du fonctionnaire, ainsi que son aptitude pour le poste proposé)

Le médecin-examinateur est prié de vérifier avant l'envoi du rapport que le questionnaire des pages 1 et 2 du présent formulaire a été complètement rempli par le candidat et que tous les résultats des examens demandés ont été portés sur le rapport. Tout rapport incomplet est laissé en instance et nécessite un échange de correspondance, source d'importants délais retardant le recrutement.

Nom du médecin-examinateur (en caractères d'imprimerie) : .....	Signature : .....  Date : .....
Adresse : ..... ..... .....	
.....	
.....	

Prière d'envoyer ce formulaire complété, ainsi que la radiographie pulmonaire, sous pli cacheté "CONFIDENTIEL" par avion à :