

SUMMER STUDENT

A remplir par le candidat (Avec l'assistance du médecin examinateur, si nécessaire)

QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE-EMPLOI
PRE-EMPLOYMENT MEDICAL QUESTIONNAIRE

To be completed by the applicant (With the assistance of the examining doctor, if required)

IMPORTANT: Le candidat doit répondre en conscience et au mieux de ses connaissances véridiquement et complètement, au questionnaire ci-dessous. S'il ressort, après coup, qu'un candidat a répondu, intentionnellement ou par négligence grave, de façon inexacte ou incomplète, ou a dissimulé une maladie ou une infirmité, il peut perdre rétroactivement le droit à certaines prestations, notamment à la pension complète en cas d'invalidité.

IMPORTANT: The applicant must answer truthfully and completely the questions set out below to the best of his knowledge and belief. If it should transpire that an applicant has replied untruthfully or incompletely, whether with intent, or through serious negligence, or that he has withheld information concerning a significant illness or disability, then such member may forfeit retroactively certain benefits (e.g. entitlement to full disability benefits).

Nom.....	Prénom	Sexe M
Name	First name	Sex F
Né(e) le	Situation de famille.....	Nombre d'enfants
Date of birth	Marital Status	Number of children
Profession		

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS – PERSONAL HISTORY

1. Souffrez-vous ou avez-vous jamais souffert de:

Do you suffer, or have you ever suffered, from:

Maladies du sang (anémie, leuco-granulopénie, leucémie, tendance aux hémorragies nez, dent, selles) etc.:

Diseases of the blood (anaemia, leuco-granulopenia, leukemia, tendency to haemorrhage nose, teeth, stools) etc:

Maladies des glandes lymphatiques (ganglions enflés, douloureux, en permanence ou par accès)

Diseases of the lymphatic glands (glands swollen and painful, permanently or intermittently)

Maladies du cœur (essoufflement, cyanose, lésion connue, hypertension)

Heart diseases (shortness of breath, cyanosis, known lesion, high blood pressure)

Maladies pulmonaires [infectieuses, aiguës ou chroniques (TBC)]

Lung diseases [infectious, acute or chronic (T.B.)]

Maladies du tube digestif, du foie, du pancréas (de toute nature)

Diseases of the digestive system, liver and pancreas (of all kinds)

Maladies des reins et du système génital (infections chroniques, néphrites, calculs)

Diseases of the genito-urinary system (chronic infections, nephritis, stones)

Maladies du système nerveux (tremblements, fatigue, dépression, troubles mentaux, épilepsie)

Diseases of the nervous system (tremor, fatigue, depression, mental trouble, epilepsy)

Maladies de la peau

Skin diseases

Maladies du métabolisme et des glandes endocrines (diabète, goutte, etc., maladies des glandes thyroïde surrénale)

Disorders of metabolism and the endocrine glands (diabetes, gout, etc., diseases of the thyroid and adrenal glands)

Affections oculaires (cataracte, conjonctivite, daltonisme, myopie, astigmatisme, troubles de la vue ..

Eye diseases (cataract, conjunctivitis, colour blindness, shortsightedness, astigmatism, defective vision)

Affections oto-rhino-laryngologiques (rhinites, angines chroniques)

Ear, nose and throat diseases (rhinitis, chronic tonsillitis)

Maladies allergiques (asthme, rhume des foins, névrodermites)

Allergies (asthma, hay fever, and neurodermatitis)

Maladies infectieuses (fièvre rhumatismale, diphtérie et autres affections sérieuses)

Infectious diseases (rheumatic fever, diphtheria, and other serious illnesses)

Affections ostéo-articulaires (cobnne vertébrale)

Osteo-articular diseases (spinal column)

Pour les personnes de sexe féminin: affections gynécologiques

For feminine personnel: any gynecological diseases

Avez-vous souffert d'autres affections non énumérées ci-dessus? (si oui, lesquelles)

Have you suffered from any other diseases not mentioned above? (if so give details) Oui/Yes Non/No

Avez-vous eu des traitements prolongés par des antibiotiques, de l'insuline, de la cortisone ou d'autres cure d'injections?

Have you had prolonged treatment with antibiotics, insulin, cortisone, or other injections? Oui/Yes Non/No

2. Prenez -vous régulièrement des médicaments? (si oui, lesquels)

Oui/Yes Non/No

Do you take any medicine regularly? (if so, give details)

3. Faites-vous ou avez-vous fait usage habituel de stupéfiants ou de boissons alcooliques?

(si oui, lesquels et quelle quantité en moyenne par jour)

Are you or have you ever been in the habit of taking drugs or alcoholic drinks? Oui/Yes Non/No

(if so, state which and what amount per day)

4. Fumez-vous? (si oui, quelle quantité par jour)
Do you smoke? (If so state quantity per day)
5. Avez-vous été victime d'un accident grave? (si oui, lequel et quelles ont été les suites)
Have you ever had a major accident? (if so give details and state the consequences)
6. Avez-vous subi une opération? (si oui, laquelle)
Have you ever undergone an operation (if so, give particulars)
7. Avez-vous été exclu du service militaire ou versé dans des services auxiliaires pour raison médicale?
Have you ever been rejected for military service, or directed into an ancillary service for medical reasons?
8. Avez-vous été refusé ou accepté avec réserve par une caisse d'assurances maladie, accident ou vie?
Has any insurance company ever refused to insure you or accepted you only with reserves?
9. Vous considérez-vous actuellement comme étant en parfaite santé?
Do you at present consider yourself in perfect health?
- Si non, quels sont les symptômes que vous ressentez actuellement?
If not what are your present symptoms?

Antécédents héréditaires et familiaux – *Heredity - Family history*

- | | Etat de santé
State of health | Age et cause du décès
Age at death and cause of death |
|-----|--|--|
| 10. | Père
Father | |
| | Mère
Mother | |
| | Frères et sœurs
Brothers and sisters | |
| | Epoux ou épouse
Husband or wife | |
| | Enfants
Children | |
| 11. | Vos parents (père, mère, frères ou sœurs) ont-ils été atteints de: (répondez par oui ou par non)
Have any members of your family (father, mother, brothers or sisters) suffered from: (answer with yes or no) | |
| | Mal. du cœur
Heart disease | Mal. allergiques (asthme)
Allergies (asthma) |
| | Hypertension
High blood pressure | Diabète
Diabetes |
| | Maladies du sang (leucémie)
Diseases of the blood (leukaemia) | Mal. du système nerveux
Diseases of the nervous system |
| | | Paralysie, mal. mentales, épilepsie
Paralysis, mental illness, epilepsy |

Antécédents professionnels – *Professional history*

Précisions sur les travaux que vous avez effectués antérieurement – *Details of previous work*

12. Avez-vous souffert de maladies professionnelles dues à des irradiations, toxiques, chimiques (mercure, benzol, hydrocarbures), substances cancérogènes, mutagènes, silicose des mineurs ou du ciment ou autres?
- Have you ever suffered from any occupational diseases due to irradiation, toxic chemicals, mercury, benzol, hydrocarbons, cancer-producing or mutation-producing substances or any other? Have you ever suffered from miner's or cement worker's silicosis?
13. Avez-vous été au contact de matières radioactives ou avez-vous été exposé à des rayonnements ionisants dans votre travail?
Si oui, connaissez-vous les doses que vous avez reçues et quelles sont-elles?
- Etes-vous en possession de votre dossier médical à ce sujet?
- Have you ever been in contact with radioactive materials or exposed to ionizing radiation in the course of your work? If so, give particulars of doses received if known.
Are you in possession of your medical case history in this respect?
14. Avez-vous été soumis à des contrôles médicaux de dépistage des maladies professionnelles?
Si oui, selon quelle fréquence?
- Have you ever undergone any medical examinations for the detection of occupational disease? If so, at what intervals?
15. Avez-vous eu des contrôles sanguins pendant votre travail dans les radiations ou avec des substances dangereuses? Si oui, ont-ils donné des résultats normaux?
- Have you ever undergone blood tests in the course of work involving exposure to radiation or with dangerous substances? If so, were the results normal?

Lieu et date Signature:

Place and date

Ce questionnaire est destiné à votre dossier médical et sera conservé conformément aux conditions qui régissent le secret médical.

This questionnaire will be kept in your individual medical file and will be treated as confidential.