

YES
OUI

NO
NON

**SECTION TO BE COMPLETED BY MALE APPLICANTS:
RUBRIQUE CONCERNANT LES CANDIDATS MASCULINS :**

☐☒

Have you ever been affected by any diseases of the genital organs ? /
Avez-vous souffert ou souffrez-vous d'une maladie des organes génitaux ?

☐☒

Do you urinate during the night ? / Urinez-vous la nuit ?

How often ? / Combien de fois ?

YES
OUI

NO
NON

**SECTION TO BE COMPLETED BY FEMALE APPLICANTS:
RUBRIQUE CONCERNANT LES CANDIDATS FEMININS :**

☐☐

Are your periods irregular ? / Êtes-vous irrégulièrement réglée ?

☐☐

Have you had any pregnancies ? / Avez-vous eu des grossesses ?

At what age ? / A quels âges : / / /

Post natal effects ? / Suites de couches ?

☐☐

Have you ever had miscarriages ? / Avez-vous fait des fausses couches ?

☐☐

Are you pregnant ? / Êtes-vous enceinte ?

How many months ? / De combien de mois ?

☐☐

Do you have any breast disease ? / Souffrez-vous d'une maladie des seins ?

Specify which ? / Laquelle ?

Since when ? / Depuis quand ?

Are you affected by any disease of the genital organs ? /
Souffrez-vous d'une maladie des organes génitaux ?

Specify which ? / Laquelle ?

Since when ? / Depuis quand ?

☐☐

Do you consult your gynaecologist on a regular basis ? /
Consultez-vous régulièrement un gynécologue ?

☐☐

Have you undergone a mammography ? / Avez-vous subi une mammographie ?

When ? / Quand ?

☐☐

Have you undergone a vaginal smear test ? / Avez-vous subi un frottis vaginal ?

When ? / Quand ?

Date : 29.10.2021

Signature :

2601