



## RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

### ÉTABLISSEMENT : GMS

☐ M    ☒ Mlle    ☐ Mme    Nom et Prénoms : biby Be  
Date de naissance : 2024-07-19    Profession : Agent de Sécurité  
Examen médical effectué le : 2024-07-21    Par le Docteur: Dr Julia

### BIOMÉTRIE

Poids: 63.6 00 kg    Taille: 1.70 m    TAG: 10.6    IMC:    TAD: 11.5

### ACUITE VISUELLE

	OD	OG
Avant correction :	10 /10	10 /10
Après correction :	8 /10	8 /10

### ACUITE AUDITIVE :

☒ Bonne    ☐ Mauvaise    ☐ Sourde

### I - ANTÉCÉDENTS

1	Antécédents médicaux :	Personnels : dfdf dfdf
		Familiaux : dfdf dfdf
2	Antécédents Chirurgicaux :	dfdf dfdf
3	Antécédents Gynéco-Obstétrique :	fdf dfdf

### II - ASPECT GÉNÉRAL

		OUI	NON	COMMENTAIRES
4	Aspect sain, correspondant à l'âge indiqué ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fdfdf dfdf
	Y-at-il des malformations ou des mutilation ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### III - EXAMENS ORL / OPHTALMOLOGIE

		OUI	NON	Commentaires	
--	--	-----	-----	--------------	--

5	COU: Y a-t-il un goitre ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dfdf dfdfdf		
		La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect anormal ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
		Y a-t-il une affection des yeux ?	<input checked="" type="checkbox"/>			
		Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input checked="" type="checkbox"/>			

#### IV - EXAMEN STOMATOLOGIQUE

- 6 Existe-t-il une affection bucco-dentaire ? ☐ ☐  
 Etat dentaire :

#### V - APPAREIL RESPIRATOIRE

7	Le mouvement respiratoire est-il limité, asymétrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La percussion montre-t-elle des matités anormales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'auscultation donne-t-elle des résultats anormaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La voix est-elle voilée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### VI - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

8	Les bruits du cœur sont-ils modifiés ? (Intensité, dédoublement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Les pouls des membres inférieurs sont-ils tous perçus et symétriques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Entendez-vous un souffle sur les trajets des artères cervicales ou fémorales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### VII - APPAREIL DIGESTIF

9	La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Y a-t-il une hépatomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Y a-t-il une Splénomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Y a-t-il une hernie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Y a-t-il des hémorroïdes, une notion d'hématémèse de mélena, de rectorragies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Y a-t-il des indices d'alcoolisme, de tabagisme, d'abus de médicaments, d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signature du Docteur