



RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

ÉTABLISSEMENT : GMS

☐ M ☒ Mlle ☐ Mme Nom et Prénoms : bibyBe

Date de naissance : _ Profession : _

Examen médical effectué le : 30/07/2024 Par le Docteur:

BIOMÉTRIE

Poids: Taille: TAG: IMC: TAD:

ACUITE VISUELLE

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

ACUITE AUDITIVE :

☒ Bonne ☐ Mauvaise ☐ Sourde

I - ANTÉCÉDENTS

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

II - ASPECT GÉNÉRAL

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

III - EXAMENS ORL / OPHTALMOLOGIE

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

IV - EXAMENS STOMATOLOGIQUE

		OUI	NON	COMMENTAIRES
6	Existe-t-il une affection bucco-dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Etat dentaire :			

V - APPAREIL RESPIRATOIRE

		OUI	NON	COMMENTAIRES
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 anormales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	La voix est-elle voillée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VI - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

		OUI	NON	COMMENTAIRES
8	Les bruits du coeur 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

		OUI	NON	COMMENTAIRES
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 méléna, 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"/>	

VIII-APPAREIL GENITO-URINAIRE

		OUI	NON	COMMENTAIRES
11	Y a-t-il eu dans les antécédents une affection des organes génito-urinaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pour les personnes de sexe masculin Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ?(Testicules, épидидymes, prostate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Y a-t-il une gynécomastie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pour les personnes de sexe féminin Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Y a-t-il une modification anormale des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EXAMEN DE L'URINE

ASPECT	ALBUMINE	GLUCOSE	PUS	AUTRES ELEMENTS ANORMAUX
			LEU : NIT :	SG : ; PH : ; PRO : ; KET : ; URO :

IX-SYSTEME NERVEUX

		OUI	NON	COMMENTAIRES
12	Y a-t-il des réflexes pupillaires, ou ostéotendineux anormaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Existe t-il des signes de dystonie neurvégétative ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Présence de troubles psychiques ou neurologiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

X-PEAU

		OUI	NON	COMMENTAIRES
13	Ictère ou cyanose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Eruption, ulcération, kyste, tumeur, varices ou oedèmes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ganglions lymphatiques augmentés de volume ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Cicatrices, tatouages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tophus, Xanthome ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

XI-SQUELETTE

		OUI	NON	COMMENTAIRES
14	Y a-t-il une affection des os, des articulations, des disques intervertébraux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Existe-t-il une répercussion des occupations proffessionnells ou autres sur létat de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'état de santé de la personne à examiner peut-il être considéré comme:	<input type="checkbox"/> BON - <input type="checkbox"/> MEDIOCRE - <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE		

REMARQUES SPECIALES ET SUGGESTIONS DU MEDECIN

Signature du proposant	<p>Je sousigné certifie que le signature du proposant placée ci-contre, a été apposée après vérification de son identité.</p> <p>A , le 30/07/2024</p> <p>(Signature et cachet du Médcin examinateur)</p>
------------------------	---