



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 anormaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | La voix est-elle voilée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VI - APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

| | | OUI | NON | COMMENTAIRES |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------|
| 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

| | | 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 neurovégétative ? | <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 professionnelles ou autres sur l'état de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> BON - <input type="checkbox"/> MEDIOCRE - <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE |
| | L'état de santé de la personne à examiner peut-il être considéré comme: | | | |

REMARQUES SPECIALES ET SUGGESTIONS DU MEDCIN

| | |
|------------------------|---|
| Signature du proposant | <p>Je soussigné 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 Médecin examinateur)</p> |
|------------------------|---|