



## RAPPORT D'EXAMEN MEDICAL

### ÉTABLISSEMENT : GMS

☐ M ☐ Mlle ☐ Mme Nom et Prénoms : biby Be

Date de naissance : 0000-00-00 Profession :   

Examen médical effectué le : 2024-07-21 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 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 voilée ?	<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 mélène, 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"/>	
	<b>Pour les personnes de sexe masculin</b> 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"/>	
	<b>Pour les personnes de sexe féminin</b> 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 professionnels ou autres sur l'état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'état de santé de la personne à examiner peut-il être considéré comme:	<input checked="" type="checkbox"/> BON - <input type="checkbox"/> MEDIOCRE - <input type="checkbox"/> DEFAVORABLE		

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 Toliara, le 2024-07-21</p> <p>(Signature et cachet du Médecin examinateur)</p>