



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