

# OMIT TOLIARA

## RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

**Établissement:** \_\_\_\_\_

**Nom et Prénoms:** TSIATOSIKA, Daolahy

**Date de naissance:** 14/10/1994

**Profession:** Agent de sécurité

**Adresse:** Milonjazo Betanimena

**Examen médical effectué le:** 07 FÉV 2024

**Par le Docteur:** Dr. \_\_\_\_\_

### **BIOMÉTRIE**

**Poids:** 63 kg

**Taille:** 1.70 m

**TAG:** 10%

**TAD:** 110

**Acuité visuelle:** OD 6/10, OG 6/10

**Acuité auditive:** Bonne

### **I - ANTÉCÉDENTS**

**Antécédents médicaux:** Personnels: \_\_\_\_\_

**Antécédents chirurgicaux:** \_\_\_\_\_

**Antécédents gynéco-obstétrique:** \_\_\_\_\_

### **II - ASPECT GÉNÉRAL**

Aspect sain, correspondant à l'âge indiqué ?

☐

OUI

☐

NO

N

Y a-t-il des malformations ou des mutilations ?

☐

OUI

☐

NO

N

### **III - EXAMENS ORL / OPHTALMOLOGIE**

5	Question	OUI	NON	Commentaires
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 - EXAMEN STOMATOLOGIQUE**

6	Existe-t-il une affection bucco-dentaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	État 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

Doc Julie