

## Documents médicaux 2010-2011



**Attention** : ces documents concernent **TOUTES** les sections de l'Institut d'Enseignement Supérieur Parnasse Deux-Alice : **AESI en Education Physique, Educateur spécialisé en activités socio-sportives, Ergothérapie, Kinésithérapie, Podologie et Soins infirmiers**, ainsi que la spécialisation en **Psychomotricité**.

Une visite médicale doit se faire chez votre médecin traitant à qui vous demanderez de compléter le dossier médical (cfr. Point 5 ci-dessous) à remettre à notre service médical, le jour de la confirmation de votre inscription ainsi que les différentes pièces suivantes :

### **Documents à remettre au service médical**

1. [Questionnaire médical](#) complété avec photo (voir pages suivantes)
2. Preuves de vaccination c'est-à-dire *photocopie* du carnet de santé ou attestation du médecin qui a administré les vaccins en mentionnant le type (tétanos, hépatite B, ...) et la date d'administration
3. Attestation de bon état dentaire
4. *Si vous êtes belge* : *Photocopie* de la carte SIS et 4 vignettes de la mutuelle  
*Si vous n'êtes pas belge* : *Photocopie* de la Carte européenne d'assurance maladie
5. [Dossier médical](#) complété par le médecin (voir pages suivantes)



***Rappelons que les vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B  
sont requises pour accéder aux stages !***

*Pour les AESI en éducation physique, seule la vaccination contre le tétanos est obligatoire.*

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

COLLER  
ICI  
UNE  
PHOTO

Date de remise du dossier :

*Merci de le compléter correctement et de n'oublier aucune réponse.*

*Ce questionnaire est destiné à vous orienter de la meilleure des façons.*

*Toute omission ou fausse déclaration peut se retourner contre vous*

Département :

Nom & Prénom : .....

Tél. : Privé : ..... GSM : ..... E-mail : .....

Lieu et date de naissance : .....

Adresse : .....

Profession des parents : Père : .....

Mère : .....

Tél. Bureau : Père : ..... GSM : .....

Mère : ..... GSM : .....

Nom, adresse et téléphone du Médecin traitant : .....

.....

*En cas d'antécédents pathologiques ou de doutes sur la santé, les étudiants devront effectuer préalablement les examens techniques complémentaires laboratoire, R.X, E.C.G., etc....) et joindre les résultats de ces rapports au dossier médical.*

## 1. ANTECEDENTS PERSONNELS

- **Affections** : (à encercler si déjà diagnostiquées)

- Système respiratoire : asthme, bronchite, tabagisme, pleurésie, tuberculose, pneumonie, .....
- Système cardio-vasculaire : souffle au cœur, palpitations, troubles du rythme cardiaque, .....
- Système endocrinien : diabète, troubles thyroïdiens, .....
- Système cutané : eczéma, allergie, mycose, verrue, .....
- Système squelettique : scoliose, lordose, inégalité des membres inférieurs, cyphose, déformation, lombalgies récidivantes, .....
- Système digestif : pyrosis, hépatite, vomissements, boulimie, anorexie, .....
- Système nerveux : épilepsie, commotion cérébrale, troubles du sommeil, méningite, spasmodie, dépression, .....
- Système uro-génital : calcul, cystite, dysménorrhée, accouchement, .....

- **Accidents** : date, diagnostic précis, traitement (en bref)

- Fracture : .....
- Luxation : .....
- Entorse : .....

- **Interventions chirurgicales** : (spécifiez l'année) (Exemple : appendicectomie, amygdalectomie, fracture, hernie,..)

.....  
.....  
.....

- **Examens médicaux antérieurs** : .....

Dates :

Motifs :

Résultats :

.....  
.....

- **Avez-vous interrompu vos études pour raison de santé ?**

.....

## 2. ETAT ACTUEL

Poids : ..... Taille : .....

Droitier - Gaucher Tabac (précisez S.V.P.) : .....

Etes-vous atteint d'une affection quelconque ? (précisez S.V.P.) : .....

Autre médecin consulté régulièrement ? .....

Prenez-vous un ou des médicaments ? Lesquels ? (somnifères, contraceptifs,...) .....

Portez-vous des lunettes – des lentilles ? oui/non – Si oui, pour quel trouble ? .....

Etes-vous daltonien ? oui/non

Avez-vous des troubles de l'audition ? oui/non

Etes-vous allergique à certains médicaments ? oui/non

Si oui, lesquels ? (antibiotiques, .....)

Etes-vous allergique à l'argile, aux poussières, aux poils d'animaux, aux pollens, aux acariens, autres ? .....oui/non

Envisage-t-on de vous faire bénéficier d'une intervention chirurgicale cette année ? Précisez : .....

Vous a-t-on déjà fait un électroencéphalogramme ? .....

Dans l'affirmative indiquez la raison, la date, le résultat : .....

.....

Date et résultat de la dernière radiographie du thorax : .....

.....

Date et résultat de la dernière Intra-dermo (ou cuti) : .....



**Rappelons que les vaccinations contre le tétanos et l'hépatite B  
sont requises pour accéder aux stages !**

*Pour les AESI en éducation physique, seule la vaccination contre le tétanos est obligatoire.*

**S.V.P., veuillez joindre une photocopie de votre carte de vaccination ou carnet de santé.**

Quels sports pratiquez-vous ? En compétition : .....

En loisirs : .....

### 3. ANTECEDENTS FAMILIAUX

|               | EN VIE |               | DECEDES      |                |                |
|---------------|--------|---------------|--------------|----------------|----------------|
|               | Age    | Etat de santé | Age du décès | Année du décès | Cause du décès |
| Grand-père M. |        |               |              |                |                |
| Grand-mère M. |        |               |              |                |                |
| Grand-père P. |        |               |              |                |                |
| Grand-mère P. |        |               |              |                |                |
| Père          |        |               |              |                |                |
| Mère          |        |               |              |                |                |
| Frères        |        |               |              |                |                |
| Sœurs         |        |               |              |                |                |
| Enfants       |        |               |              |                |                |

### 4. REMARQUES EVENTUELLES

.....  
.....

Je soussigné(e),

certifie ce questionnaire médical sincère et complet.

Date :

Signature,

*Pour les affiliés belges :*  
Coller ici une vignette de mutuelle  
S.V.P.



## DOSSIER MEDICAL

Département :

Nom & Prénom : .....

Lieu et date de naissance : .....

Adresse des parents : .....

Tél. Privé : ..... GSM : .....

Adresse de l'étudiant(e) : .....

Tél. de l'étudiant(e) : ..... GSM : .....

Vaccination Tétanos : .....

Vaccination Hépatite B : .....

Vaccination Hépatite A + B : .....

Autre Vaccination : .....

Intra-Dermo : .....

Certificat Dentaire : .....

Mutuelle : joindre une photocopie de la carte SIS + 4 vignettes ou joindre une photocopie de la carte Européenne

Réservé à  
l'administration

EXAMEN BIOMETRIQUE

Date : .....

Année d'études : .....

**- Biométrie Générale**

- Taille : .....
- Poids : .....
- B.M.I. ....
- Périmètre Thorax
  - Inspiration .....
  - Expiration .....
  - Amplitude .....
- Acuité visuelle
  - Sans lunettes D : ..... G : .....
  - Avec lunettes D : ..... G : .....
  - Avec lentilles D : ..... G : .....
- Urines
  - Glucose .....
  - Albumine .....
  - p.h. ....
- Sang
  - Groupe sanguin .....

## EXAMEN MEDICAL

|                                |       |
|--------------------------------|-------|
| 1. Aspect général              |       |
| Maintien général               | ..... |
| Nutrition                      | ..... |
| Faciès                         | ..... |
| 2. Système cardio-circulatoire |       |
| Coeur                          | ..... |
| T.A.M. – T.A.m.                | ..... |
| Pouls                          | ..... |
| Oedèmes                        | ..... |
| 3. Système respiratoire        |       |
| Nez – Sinus – Pharynx - Larynx | ..... |
| Bronches, Poumons              | ..... |
| 4.a Système digestif           |       |
| Estomac                        | ..... |
| Foie - Vésicule                | ..... |
| Intestins                      | ..... |
| 4. b Système urogénital        |       |
| Reins                          | ..... |
| Vessie                         | ..... |
| Dysménorrhée                   | ..... |
| 5. Système Neuro-Sensoriel     |       |
| Marche - équilibre             | ..... |
| Réflexes                       | ..... |
| Tétanie - Contractures         | ..... |
| 6. Système endocrinien         |       |
| Thyroïde                       | ..... |
| 7. Système locomoteur          |       |
| Musculature - Hernie           | ..... |
| Colonne                        | ..... |
| Membres - Articulations        | ..... |
| 8. Appareil cutané             |       |
| Téguments                      | ..... |
| Phanères                       | ..... |
| Lésions                        | ..... |
| Allergie                       | ..... |

Je soussigné(e), ..... docteur en médecine, certifie après avoir  
interrogé et examiné M .....  
futur(e) étudiant(e), l'avoir reconnu apte à entamer et poursuivre des études de .....  
Date et signature + cachet : .....  
.....

