

NOM - PRÉNOM : Sexe : F M
 * Date de naissance :/...../ Nationalité : E- Mail :
 * Adresse et téléphone.....
 code postal : commune : Tél. :
 * Etudiant(e) à : Année d'études :

Antécédents familiaux

<p>* Votre PÈRE est :</p> <p><input type="radio"/> en bonne santé</p> <p><input type="radio"/> maladie chronique : - hypertension <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">- hypercholestérolémie <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">- diabète <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">- autres <input type="checkbox"/></p> <p><input type="radio"/> décédé</p>	<p>* Votre MÈRE est :</p> <p><input type="radio"/> en bonne santé</p> <p><input type="radio"/> maladie chronique : - hypertension <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">- hypercholestérolémie <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">- diabète <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">- autres <input type="checkbox"/></p> <p><input type="radio"/> décédée</p>
--	---

Mode de vie

<p>* Pratiquez-vous régulièrement un ou plusieurs sports ? oui – non</p> <p>* Fumez-vous du tabac? oui - non</p> <p>* Voulez-vous arrêter de fumer ? oui - non</p> <p>* Fumez-vous du cannabis? oui - non</p> <p>* Consommez-vous de l'alcool oui - non</p>	<p>Si oui, lesquels ? Nombre d'heures/semaine :</p> <p>Si oui, combien ?</p> <p>- occasionnellement</p> <p>- chaque jour :/j</p> <p>.....(verres/sem.)</p>
--	---

Vaccins

SVP, apportez votre carte ou carnet de vaccination

1) Dernier rappel Diphtérie – Tétanos – Coqueluche :

2) Dernier rappel Polio :

3) Rougeole – rubéole - oreillons (RRO) : 1^{ère} dose : 2^{ème} dose :

4) Hépatite B ou vaccin combiné (hépatite A et B) (spécifiez SVP)
 1^{ère} dose : 2^{ème} dose : 3^{ème} dose : 4^{ème} dose(éventuelle) :

5) Méningite C :

6) Vaccin HPV (papillomavirus humain) : 1^{ère} dose : 2^{ème} dose : 3^{ème} dose (éventuelle) :

7) Tuberculose (BCG):

Autres :

Antécédents personnels

dont vous avez souffert dans le passé (1) ou dont vous souffrez actuellement (2)

	(1)	(2)
Bronchite		
Asthme		
Tuberculose		
Allergie		
	(1)	(2)
Hypertension		
Hypotension		
Anémie		
Hypercholestérolémie		
	(1)	(2)
Problème de poids		
Perte d'appétit		
Obésité		
Boulimie		
Anorexie		
	(1)	(2)
Troubles de la vue		
Strabisme		
Date du dernier contrôle de la vue :...		
Infection(s) ORL fréquente(s)		
Déficiences auditives		
	(1)	(2)
Problème de dos		
Traumatisme		

	(1)	(2)
Maux de tête		
Epilepsie		
Méningite/Encéphalite		
	(1)	(2)
Anxiété		
Dépression		
Trouble de l'attention		
	(1)	(2)
Diabète		
Problème thyroïdien		
Spasmophilie		
	(1)	(2)
Infections urinaires		
Protéines dans les urines		
Mal. Sexuellement transmissible		
Hépatite A ou B ou C		
	(1)	(2)
Mycoses cutanées		
Eczéma		
Acné		
Autres affections de la peau :		

* **Avez-vous subi des interventions chirurgicales** oui - non

Si oui, lesquelles ?

* **Médicaments :** oui – non
 Lesquels : Pourquoi ?

* **Autre(s) traitement(s) (Kiné, psychologue, ...) :**

- * **Pour les étudiantes :**
- règles normales règles douloureuses règles irrégulières
 - absence de règles grossesse en cours IVG
 - contraception : oui – non méthode de contraception :

Etat actuel

Désirez-vous attirer l'attention sur un ou plusieurs points ?

Constipation – diarrhée	Maux de ventre	Vomissement
Fatigue importante	Troubles du sommeil	Perte d'appétit
Découragement	Perte d'intérêt pour le travail	Tristesse
Difficultés pour travailler	Nervosité	Difficulté de concentration
Dépression	Idées noires	Poids
Difficultés relationnelles (parents - enseignants - autres jeunes - ...)		Drogues
Alcool	Tabac	Autres

Le traitement de vos données à caractère personnel s'effectue conformément à la législation européenne sur la protection de la vie privée, selon le Règlement général sur la protection des données*.

*Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

Date et signature :/...../.....