

Questionnaire sur l'anamnèse – adultes

(Cocher les cases correspondantes et remettre au médecin !)

Données personnelles, n° d'identification de l'autorité centrale des étrangers (ZAB) inclus: Date:

Sexe: masculin féminin Nationalité: Grossesse: Mois
 Individu Association familiale

-
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Êtes-vous malade ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous des médicaments ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Êtes-vous vacciné contre des maladies ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous passé un test cutané de tuberculose ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous/ avez-vous eu une maladie contagieuse ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Phtisie (Tuberculose pulmonaire) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Hépatite ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| VIH ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Varicelle ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Rougeoles ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Rubéole ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Diphthérie ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Syphilis (Lues) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Autres maladies vénériennes ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Typhus, Paratyphus ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Choléra ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous des douleurs ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous/ avez-vous eu de la fièvre au cours des 6 dernières semaines ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8. Souffrez-vous d'une toux grave ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous des nausées, des vomissements ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 10. Avez-vous des crampes au ventre ou de la diarrhée ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 11. Avez-vous du sang dans les selles ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous des douleurs lors de la miction ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 13. Souffrez-vous d'un exanthème ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

.....
Signature

Observations du médecin:

.....
Signature du médecin

Questionnaire sur l'anamnèse - enfants

(Cocher les cases correspondantes et remettre au médecin !)

Données personnelles, n° d'identification de l'autorité centrale des étrangers (ZAB) inclus: Date:

Sexe: masculin féminin Nationalité: Age:

- | | | | |
|-----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Votre enfant, est-il malade ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. | Est-ce que votre enfant prend des médicaments ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. | Est-ce que votre enfant est vacciné contre des maladies ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. | Est-ce que votre enfant a passé un test cutané de tuberculose ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. | Est-ce que votre enfant souffre/ a souffert d'une maladie contagieuse ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| | Phtisie (tuberculose pulmonaire) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| | Hépatite ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| | Varicelle ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| | Oreillons ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| | Rougeole ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| | Rubéole ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| | Diphtérie ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 6. | Est-ce que votre enfant a des douleurs ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 7. | Est-ce que votre enfant a de la fièvre ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 8. | Est-ce que votre enfant a une toux grave ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 9. | Est-ce que votre enfant a des nausées, des vomissements ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 10. | Est-ce que votre enfant a des crampes du ventre ou de la diarrhée ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 11. | Est-ce que votre enfant a un exanthème ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

.....
Signature

Observations du médecin:

.....
Signature du médecin