

**SERVICE DE SANTE DES GENS DE MER**  
**MARTINIQUE**  
**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL MEDICAL**

Veillez répondre aux questions, dater et signer à la fin de la 4ème page

**NOM :**

**PRENOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**Profession ou situation scolaire :**

**Situation de famille, nombre d'enfants:**

**1°) ANTECEDENTS AU TRAVAIL**

Avez-vous déjà consulté un médecin des gens de mer ?  oui  non  
Si oui, Où et Quand :

**Quelle formation avez -vous reçue ?**

- Scolaire :
- Apprentissage :
- Universitaire :
- Autre :

**Quels métiers avez-vous exercé ?**

De à : .....  
De à : .....  
De à : .....  
De à : .....

**Au cours de ces métiers avez-vous été exposé à des nuisances ?**

- |  |                              |                                |                                 |
|--|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Amiante  | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui + | <input type="checkbox"/> oui ++ |
| Poussières, allergènes                             | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui + | <input type="checkbox"/> oui ++ |
| Bruit  | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui + | <input type="checkbox"/> oui ++ |
| Vibrations   | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui + | <input type="checkbox"/> oui ++ |
| Radiations, rayonnements                           | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui + | <input type="checkbox"/> oui ++ |
| Produits chimiques, gaz                            | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui + | <input type="checkbox"/> oui ++ |
| Produits pétroliers                                | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui + | <input type="checkbox"/> oui ++ |
| Postures inconfortables, gestes répétés rapidement | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui + | <input type="checkbox"/> oui ++ |
| Autres   |                              |                                |                                 |

Avez-vous déjà été inapte à un poste de travail ou un métier ?  oui  non

Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ?  oui  non

Vous a-t-il été reconnu un taux d'incapacité ?  oui  non

**2°) ACTUELLEMENT**

Avez-vous des symptômes, une maladie

 oui non

Prenez-vous un traitement, des médicaments  
Lesquels :

 oui non

Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ?

 oui non

Êtes-vous suivi par un médecin pour une maladie ou autres ?

 oui non

Avez-vous un déficit (membres supérieurs, inférieurs, auditif, visuel etc...)  
ou un handicap léger : un bégaiement, une dyslexie, dyscalculie, dysorthographe ?

 oui non

Portez-vous une prothèse, (cardiaque, oculaire, auditive, hanche, genou...) ?

 oui non

Avez-vous un trouble connue de la vision des couleurs ?

 oui non

Portez-vous des lunettes ou des lentilles cornéennes ?

 oui non

Avez-vous une intolérance à l'effort (respiratoire, cardiaque, musculaire...) ?

 oui non**3°) ANTECEDENTS PERSONNELS**

Avez-vous déjà été opéré ?

 oui non

Année : Motif :

Année : Motif :

Avez-vous été opéré des oreilles ou des yeux (**Kératotomie**) ?

 oui non

Avez-vous déjà passé au moins une nuit à l'hôpital ou clinique ?

 oui non

Année : Motif :

Année : Motif :

Avez-vous eu des antécédents (sport, deux roues, automobile...) ?

 oui non

Année : Lésions corporelles :

Année : Lésions corporelles :

Êtes-vous atteint d'une maladie contagieuse ou transmissible ?

 oui non

Avez-vous des traumatismes crâniens, malaises, perte de connaissance ?

 oui non

Avez-vous pris dans votre vie un traitement prolongé (plusieurs semaines, mois...) ?

 oui non**Maladies pulmonaires :**

Avez-vous eu : la tuberculose (y compris primo infection)

 oui non

une maladie pleurale, bronchique; autre

Page 2

 oui non

**Maladies allergiques et immunitaires, cancers :**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Allergie à des médicaments, allergènes :                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Maladie immunitaire (y compris positivité au virus du Sida) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Cancers ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**Maladies métaboliques et des glandes endocrines :**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Diabète ( y compris sucre dans les urines)        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Excès de cholestérol, triglycérides, acide urique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Obésité, excès pondéral                           | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**Maladies de l'appareil digestif :**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Oesophagites, gastrite, ulcère                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Colites, diverticulites                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Hémochromatose, cirrhose                               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Calculs biliaires, pancréatite                         | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Hépatite A, B, C...                                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Hernies inguinales, crurales, hiatales et éventrations | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**Maladies cardio-vasculaires et du sang :**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Maladies cardiaques congénitales  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Maladies des valves (aortique, mitrale...)                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Troubles du rythme (tachycardies, fibrillations, port d'un stimulateur) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Maladie des coronaires (angine de poitrine, infarctus...)               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Péricardites, endocardites  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Maladie des artères, phlébites, varices                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Hypertension artérielle   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Anémie, purpuras, hémophilie, polyglobulies, Hodgkin                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**Maladies génitales et urinaires :**

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Malformations des organes génitaux ou des glandes              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Calculs urinaires, coliques néphrétiques                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Maladie des reins (hydronéphrose, polykystose... etc)          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Présence de sang, sucre, protéines ou albumine dans les urines | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Maladies gynécologiques, obstétriques                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

**Troubles psychiques**

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue                                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous déjà pris des médicaments pour la dépression, le sommeil, l'anxiété, la nervosité | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous été hospitalisé en service ou clinique psychiatrique                              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous eu :  |                              |                              |
| dépressions, psychose maniacodépressive   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| névrose, angoisses, phobies, obsessions   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| psychozes, schizophrénie, paranoïa  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

oui

non

Edition 14/01/2003

Avez-vous uriné au lit après l'âge de 10 ans ?

oui

non

Avez-vous fait des tentatives de suicide ?

oui

non

**Maladies neurologiques et rachidiennes :**

Maladies des nerfs, moëlle épinière, cerveau

oui

non

Paralysies même partielles

oui

non

Epilepsie (crises comitiales de tous types y compris convulsions...)

oui

non

Scolioses, séquelles d'accident ou de traumatisme

oui

non

**Maladies de la peau et des dents :**

Exemple : eczema, psoriasis, urticaires.... Etc)

oui

non

Prothèse, appareillage dentaire

oui

non

**Nez, Gorge, Oreilles, Yeux**

Des otites, cholestéatome, otospongiose

oui

non

Maladie du nez de la gorge, des yeux

oui

non

**Autres maladies**

(sauf maladies bénignes, saisonnières type rhume, angine de gorge,  
accès grippal, etc...)

oui

non

**Antécédents familiaux**

Vos parents(et grands-parents, frères, sœurs, enfants) sont-ils ou ont-ils été atteints de maladie et laquelle ?

Notamment : Asthme, diabète, hypertension artérielle

oui

non

Date :

Signature

**SI LE CANDIDAT EST MINEUR  
SIGNATURE DU MAJEUR RESPONSABLE**

**NOM :**

**PRENOM :**

Signature :