

Examen médical d'aptitude pour sapeurs-pompiers

Questionnaire pour les sapeurs-pompiers (SP)

Nom

Prénom

Adresse

NPA/Lieu

Téléphone/Mobile

Date de naissance

Profession

Activité professionnelle actuelle

Date du dernier examen médical pour le service du feu

Examen

Protection respiratoire depuis

Service du feu en gén. depuis

Permis C/C1 ☐ Oui ☐ Non

Commandement du corps de sapeurs-pompiers compétent

Question/veuillez cocher ce qui convient	Non	Oui	Précisions
Êtes-vous actuellement en bonne santé?	☐	☐	
Votre capacité de travail est-elle entravée?	☐	☐	
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou de maux:			
des organes respiratoires (asthme, bronchite, pneumonie, autres)?	☐	☐	
du cœur, de la circulation ou des vaisseaux sanguins (problèmes lors d'efforts physiques intenses, pertes de connaissance subites, malformation cardiaque, palpitations cardiaques, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, troubles de la circulation sanguine, attaque cérébrale, varices, phlébite, thrombose, autres)?	☐	☐	
du système nerveux (épilepsie, vertiges, paralysie, autres)?	☐	☐	
du psychisme (claustrophobie, peur du vide, attaques de panique, dépressions, tentative de suicide, psychoses, autres)?	☐	☐	
des organes digestifs ou abdominaux (calculs rénaux, jaunisse, maladies du foie, autres)?	☐	☐	
du métabolisme ou du sang (valeurs glycémiques trop élevées, diabète, cholestérol trop élevé, maladie de la glande thyroïde, anémie, troubles de la coagulation sanguine, autres)?	☐	☐	
du système immunitaire ou de maladies infectieuses (hépatite, maladies tropicales, infection par le SIDA, autres)?	☐	☐	

Question/veuillez cocher ce qui convient	Non	Oui	Précisions
de la peau (eczéma, allergies, autres)?	☐	☐	
de l'appareil locomoteur (colonne vertébrale, disques intervertébraux, os, articulations, muscles, tendons, arthrose, rhumatismes, autres)?	☐	☐	
de l'ouïe (surdité, traumatisme causé par une détonation ou le bruit, inflammations, autres)?	☐	☐	
des yeux (problèmes d'acuité visuelle, d�ficiency visuelle, maladies de la rétine, autres)?	☐	☐	
Portez-vous des lunettes ?	☐	☐	
Portez-vous des lentilles de contact ?	☐	☐	
Autres maladies, troubles ou maux non cités ci-dessus (infirmités cong�nitaless, malformations, tumeur, cancer, autres)?	☐	☐	
Avez-vous été victime d'accidents, de blessures ou d'intoxications qui ont nécessité une hospitalisation ou une opération et/ou dont vous supportez les séquelles?	☐	☐	
Avez-vous été examiné(e), soigné(e) ou opéré(e) dans un hôpital ou un autre établissement médical?	☐	☐	
Vous a-t-on prescrit des cures de repos ou de désintoxication, un régime diététique ou d'autres cures ou de telles cures sont-elles prévues?	☐	☐	
Pour les femmes : �tes-vous enceinte?	☐	☐	
Une des maladies suivantes concerne-t-elle votre famille (parents consanguins, en particulier les parents ou les frères et sœurs): maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins, infarctus avant l'âge de 50 ans, opérations de bypass, hypertension artérielle, cholestérol trop élevé, diabète, attaques cérébrales, maladies cong�nitaless, autres?	☐	☐	
Prenez-vous régulièrement ou occasionnellement des médicaments (en particulier des analgésiques, somnifères ou calmants)? Si oui, pourquoi? Indiquez le médicament exact ainsi que le dosage.	☐	☐	
Souffrez-vous d'allergies (rhume des foins, asthme, allergies aux piqûres d'insectes, à des médicaments, etc.)?	☐	☐	
Fumez-vous ? Combien? Depuis combien de temps?	☐	☐	
Buvez-vous de l'alcool ? � quelle fréquence? Quelle quantité?	☐	☐	
Consommez-vous ou avez-vous autrefois consommé des drogues ? Lesquelles? � quelle fréquence? Depuis combien de temps?	☐	☐	
Pratiquez-vous du sport ? Le(s)quel(s)? Combien de fois par semaine? Depuis combien de temps?	☐	☐	
Accomplissez-vous ou avez-vous accompli un service militaire ou civil ou un service de protection civile ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi?	☐	☐	
Quelle est votre taille? (en cm)			
Quel est votre poids? (en kg)			
Nom et adresse de votre médecin de famille ou médecin traitant			

Je déclare par la présente avoir répondu aux questions de manière intégrale et conforme à la vérité. J'autorise le médecin du corps des sapeurs-pompiers à se procurer auprès de mon médecin de famille ou médecin traitant les informations médicales qui sont nécessaires pour apprécier mon aptitude au service du feu.