

## QUESTIONNAIRE MEDICAL

1) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été soigné, opéré ou avez-vous séjourné plus de 8 jours consécutifs dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de repos, maison de santé, établissement thermal), hors maternité ?

Oui	Non
-----	-----

2) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours sur prescription médicale pour raison de santé ?

Oui	Non
-----	-----

3) Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on déjà prescrit un traitement médical de plus de 21 jours ?

Oui	Non
-----	-----

4) Au cours des 15 dernières années, avez-vous :

- été atteint d'une maladie ayant nécessité une surveillance médicale (consultation spécialisée, visite régulière chez le médecin traitant) ?
- et/ou subi des examens, imageries médicales ou analyses de sang / d'urines qui ont révélé des anomalies ?

Oui	Non
-----	-----

5) Au cours des 24 derniers mois, avez-vous :

- fumé des cigarettes, des cigarettes électroniques, des cigares ou pipes ?
- et/ou utilisé des produits contenant de la nicotine ou ses dérivés (patch, gomme à mâcher) ?
- et/ou été contraint de cesser de fumer à la demande du corps médical ?

Oui	Non
-----	-----

6) Avez-vous subi un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ?

Oui	Non
-----	-----

7) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années d'une des affections suivantes ?

- Fatigue, surmenage, stress, anxiété, dépression, burn-out, troubles bi-polaires, névrose, psychose, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, ou toute autre affection psychique ou psychiatrique ?

Oui	Non
-----	-----

8) Souffrez-vous ou avez-vous souffert, au cours des 10 dernières années d'une des affections suivantes ?

- Lombalgie, lombo-sciatique, douleurs cervicales ou dorsales ou lombaires, mal de dos, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, hernie discale, arthrose cervicale ou dorsale ou lombaire, syndrome polyalgique diffus ?

Oui	Non
-----	-----

9) Etes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100% pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 10 dernières années ?

Oui	Non
-----	-----

10) Etes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale pour raison de santé ?

Oui	Non
-----	-----

11) Suivez-vous actuellement un traitement médical ?

Oui	Non
-----	-----

12) Etes-vous titulaire d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?

Oui	Non
-----	-----

13) Indiquez votre taille et poids:

Taille	cm	Poids	kg
--------	----	-------	----

14) A votre connaissance, devez-vous être hospitalisé(e) avec ou sans intervention chirurgicale ou subir des analyses ou des examens dans les 12 prochains mois ?

Oui	Non
-----	-----