



## Examen médical d'aptitude pour sapeurs-pompiers

Questionnaire pour les sapeurs-pompiers (SP)

Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse		Lieu
Tél./mobile	Profession	
Activité professionnelle actuelle		
Date du dernier examen médical pour le service du feu	Porteur appareil respiratoire isolant (ARI) depuis	
Service du feu depuis	Permis C/C1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Commandement du corps de sapeurs-pompiers compétent		

Question/veuillez cocher ce qui convient	Non	Oui	Précisions
<b>Etes-vous actuellement en bonne santé?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Votre capacité de travail est-elle entravée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou de douleurs des organes respiratoires</b> (asthme, bronchite, pneumonie, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>du cœur, de la circulation sanguine ou des vaisseaux sanguins</b> (problèmes lors d'importants efforts physiques, pertes de connaissance subites, malformation cardiaque, palpitations cardiaques, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, troubles de la circulation sanguine, attaques cérébrales, varices, phlébites, thromboses, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>du système nerveux</b> (épilepsie, vertiges, paralysies, psychoses, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>du psychisme</b> (claustrophobie, peur du vide, attaques de panique, dépressions, tentatives de suicide, psychoses, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>des organes digestifs ou abdominaux</b> (calculs rénaux, jaunisse, maladies du foie, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>du métabolisme ou du sang</b> (valeurs glycémiques trop élevées, diabète, cholestérol trop élevé, maladies de la glande thyroïde, problèmes de coagulation du sang, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>du système immunitaire ou des maladies infectieuses</b> (hépatite, maladies tropicales, infection avec le SIDA, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>de la peau</b> (eczéma, allergies, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>de l'appareil locomoteur</b> (colonne vertébrale, disques intervertébraux, os, articulations, muscles, tendons, arthrose, rhumatismes, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>de l'ouïe</b> (surdité, traumatisme causé par une détonation ou le bruit, inflammations, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Question/veuillez cocher ce qui convient	Non	Oui	Précisions
<b>des yeux</b> (problèmes d'acuité visuelle – vision de loin ou vision de près, maladies de la rétine, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous des <b>lunettes</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Portez-vous des <b>lentilles de contact</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Autres maladies, troubles ou maux</b> non cités ci-dessus (infirmité congénitale, malformations, tumeurs, cancer, autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été victime <b>d'accidents, de blessures ou d'intoxications</b> qui ont nécessité une hospitalisation ou une opération et/ou dont vous supportez les séquelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été <b>examiné-e, soigné-e ou opéré-e</b> dans un hôpital ou un autre établissement médical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vous a-t-on prescrit <b>des cures de repos, de désintoxication, un régime diététique</b> ou autres ou de telles cures sont-elles prévues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour les <b>femmes</b> : êtes-vous enceinte ou une grossesse est-elle prévue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une des maladies suivantes a-t-elle détectée dans votre <b>famille</b> (parents consanguins, en particulier les parents ou frères et sœurs): maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins, infarctus du myocarde avant l'âge de 50 ans, opérations de bypass, hypertension artérielle, cholestérol trop élevé, diabète, attaque cérébrale, maladies congénitales, autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prenez-vous régulièrement ou occasionnellement des <b>médicaments</b> (en particulier des analgésiques, somnifères ou calmants)? Si oui, pourquoi? Indiquez le médicament exact ainsi que le dosage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous <b>d'allergies</b> (rhume des foins, asthme, allergie au piqûres d'insectes, aux médicaments, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fumez-vous?</b> Combien? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Buvez-vous de <b>l'alcool</b> ? A quelle fréquence? Quelle quantité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consommez-vous ou avez-vous auparavant consommé <b>des drogues</b> ? Lesquelles? A quelle fréquence? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pratiquez-vous du <b>sport</b> ? Le(s)quel(s)? Combien de fois par semaine? Depuis combien de temps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous accompli du <b>service militaire ou de protection civile</b> ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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-conseil 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.

Lieu, date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_