

RAPPORT MEDICAL



M. Mme Mlle **NOM et PRENOM** : Nom de j. fille :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

EXAMEN MEDICAL effectué le : par le **Docteur** :

		OUI	NON	COMMENTAIRES
1	Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? Si oui, quand et pour quel(s) motif(s) ? Si non, la connaissez-vous pour d'autres raisons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
2	La personne à assurer est-elle actuellement sous contrôle ou en traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel - Depuis quand - Motif :
3	ASPECT GENERAL			
	Poids kg		Périmètre de taille cm	
	Taille..... cm		Périmètre de hanche..... cm	
3	. Aspect sain, correspondant à l'âge indiqué ? . Type constitutionnel ? . Y a-t-il des malformations ou des mutilations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	COU : Y a-t-il un goitre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	APPAREIL RESPIRATOIRE			
	. Antécédents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Le mouvement respiratoire est-il limité, asymétrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. La percussion montre-t-elle des matités anormales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. L'auscultation donne-t-elle des résultats anormaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. La voix est-elle voilée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE	OUI	NON	COMMENTAIRES
6	. Antécédents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Le cœur est-il agrandi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Les bruits du cœur sont-ils modifiés ? (intensité, dédoublement, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique <input type="checkbox"/> Intensité : Diastolique <input type="checkbox"/>
	. Le souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comment se propage-t-il ? Où est situé son maximum ?
	. L'aorte abdominale paraît-elle dilatée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Les pouls des membres inférieurs sont-ils tous perçus et symétriques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Entendez-vous un souffle sur les trajets des artères cervicales ou fémorales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tension artérielle :				
Systolique : Diastolique : Traitée <input type="checkbox"/> Non traitée <input type="checkbox"/>				
Pouls : Extrasystoles :				
<i>Si les chiffres de la pression artérielle sont supérieurs à 150/90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après dix minutes de repos allongé.</i>				
Contrôle éventuel : Systolique Diastolique Pouls				
7	APPAREIL DIGESTIF			
	. La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Y a-t-il une hépatomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de travers de doigts : Consistance :
	. Y a-t-il une splénomégalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degré : Consistance :
	. Y a-t-il une hernie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De quelle nature :
	. Y a-t-il des hémorroïdes, une notion d'hématémèse, de melaena, de rectorragies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	. Y a-t-il des indices d'alcoolisme, de tabagisme, d'abus de médicaments, d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

9	APPAREIL GENITO-URINAIRE		OUI	NON	COMMENTAIRES
	. Y a-t-il eu dans les antécédents une affection des organes génito-urinaires ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pour les personnes de sexe masculin :				
	. Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ? (testicules, épидидymes, prostate)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Y a-t-il une gynécomastie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pour les personnes de sexe féminin :				
	. Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Y a-t-il une modification anormale des seins ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EXAMEN DE L'URINE (<i>émise en présence du Médecin examinateur</i>)					
	ASPECT	ALBUMINE	GLUCOSE	PUS	AUTRES ELEMENTS ANORMAUX
10	SYSTEME NERVEUX				
	. Antécédents		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Séquelles :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Y a-t-il des réflexes pupillaires, ou ostéotendineux anormaux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Existe-t-il des signes de dystonie neurovégétative ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Présence de troubles psychiques ou neurologiques ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	PEAU				
	Y a-t-il :				
	. Ictère ou cyanose ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Eruption, ulcération, kyste, tumeur, varices ou oedèmes ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Ganglions lymphatiques augmentés de volume ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Cicatrices, tatouages ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	. Tophus, xanthome ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	SQUELETTE				
	. Y a-t-il une affection des os, des articulations, des disques intervertébraux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	APPAREIL SENSORIEL	OUI	NON	COMMENTAIRES
13	. Y a-t-il une affection des yeux ? . Acuité visuelle : OD OG Avant correction : /10 /10 Après correction : /10 /10 . Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilatérale ?
14	. Existe-t-il une répercussion des occupations professionnelles ou autres sur l'état de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	CONCLUSIONS : . Faites-vous des réserves sur la longévité de la personnes à assurer ? . Estimez-vous qu'il existe des risques d'invalidité ou d'incapacité partielle ou totale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	L'état de santé de la personne à assurer peut-il être considéré comme :	BON		MEDIOCRE
15	REMARQUES SPECIALES ET SUGGESTIONS DU MEDECIN			
	Signature du proposant	Je soussigné certifie que la signature du proposant placée ci-contre, a été apposée après vérification de son identité. A, le.....20..		
		(Signature et cachet du Médecin examinateur)		