



Institut Saint Joseph Sainte Julienne  
Rue Saint Gilles 199  
4000 LIEGE  
Tel : 042/20.20.60

Centre liégeois de médecine préventive  
Promotion de la santé à l'école  
Rue Trappé 20  
4000 Liège  
Tél. 04/232.40.80

## QUESTIONNAIRE MEDICAL



**Questionnaire à remplir par l'étudiant(e) et son médecin traitant et à rapporter lors de la visite médicale au P.S.E.**

### 1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom..... Prénom..... Sexe : M – F  
Lieu et date de naissance..... Nationalité.....  
Adresse.....N°.....  
Localité..... Code postal.....  
Téléphone privé..... Autres.....  
Médecin traitant.....Téléphone.....  
Dernière école fréquentée.....Classe.....  
Numéro d'identification nationale.....

A compléter par les étudiants ayant un autre logement pour leurs études :

Adresse.....N°.....  
Localité..... Code postal.....

A compléter par les étudiants étrangers uniquement :

Pays d'origine.....  
Depuis combien d'années êtes-vous en Belgique ? Mois..... Années.....

### 2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	EN VIE		DECEDES	
	Age	Etat de santé Maladies *	Age du décès	Cause du décès
Père				
Mère				
Frères				
Soeurs				

\* Un membre de votre famille a-t-il présenté une des ces affections suivantes : tuberculose, asthme, eczéma, goitre, diabète, autres... ?

3. ANTECEDENTS PERSONNELS

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?.....  
Si oui, laquelle et à quelle date ?.....

Quels accidents, blessures ou traumatismes avez-vous subis ? (fractures, douleurs lombaires...).....  
.....

Prenez-vous des médicaments actuellement ?.....  
Si oui, lesquels ?.....

Avez-vous été ou êtes-vous victime d'une affection ?

- de la peau (eczéma, psoriasis,...).....
- du système nerveux (épilepsie, dépression nerveuse,...).....
- des yeux, du nez, des oreilles (troubles de la vue,...).....
- du système digestif (vomissement, jaunisse,...).....
- des voies respiratoires (pneumonie, asthme, tuberculose,...).....
- du cœur ou de la circulation sanguine (varices, palpitations,...).....
- du système génito-urinaire (affection gynécologique, albumine,...).....
- des glandes endocrines (diabète, goitre,...).....
- transmissible ou maladie infectieuse (méningite, scarlatine,...).....

**Vaccination : veuillez indiquer la date de la vaccination ou joindre une photocopie de la carte de vaccination.**

Recommandations

Les étudiant(e)s prestant dans les institutions de soins sont soumis aux vaccinations suivantes :

- a) antipoliomyélitique obligatoire dès l'enfance ;
- b) d'une manière générale et particulièrement en fonction de la nature des stages effectués, les vaccinations antitétanique, antidiphtérique et R.R.O sont d'une évidente nécessité ;
- c) la vaccination antihépatite B est aujourd'hui obligatoire pour effectuer des stages en milieu hospitalier (la vaccination peut être réalisée par l'intermédiaire de l'école) ;
- d) la vaccination contre le méningocoque C est vivement conseillée.

	Polio	Diphtérie Tétanos	Diphtérie Tétanos Coqueluche	Hépatite A	Hépatite B HBVAX ou engerix	R.R.O	Méningite C	B.C.G.	Autre
1 <sup>ère</sup> inj.									
2 <sup>ème</sup> inj									
3 <sup>ème</sup> inj									
1 <sup>er</sup> rappel									
2 <sup>ème</sup> rappel									

**A compléter par le médecin traitant**

**Statut immunitaire**

Résultat du dosage sanguin des anticorps rubéole (analyse à prescrire par votre médecin traitant)

IgG.....

Anticorps Hbs..... (obligatoire si l'élève a déjà reçu le vaccin hépatite B)

Anticorps hépatite A.....

Antigène Hbs – AcHBc.....(obligatoire si l'élève est originaire d'un pays où l'hépatite B est répandue, ou si antécédents d'hépatite B)

**Autorisation (valable pour toute la durée des études) si l'étudiant n'est pas en ordre pour le vaccin hépatite B**

- Cocher            J'autorise **le médecin scolaire** à me vacciner contre l'hépatite B et l'hépatite A (3 injections de TWINRIX)
- Je ferai effectuer la vaccination hépatite A + B par mon médecin traitant

Signature de l'étudiant(e)

**ATTESTATION MEDICALE**

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie, après l'avoir interrogé et examiné ce jour, que M.....

→ jouit d'une bonne santé et n'est atteint d'aucune affection susceptible de présenter un danger pour les autres étudiant(e)s ;

→ ne souffre d'aucun handicap pouvant faire obstacle à l'exercice normal de la profession d'infirmier(e) ;

→ me paraît être en possession de toutes les facultés physiques et mentales indispensables pour entreprendre les études d'infirmier(e) ;

→ est en ordre de vaccination pour commencer des stages en milieu hospitalier (voir recommandations page 2).

Observations et remarques complémentaires :

Fait à.....le.....

**Signature du médecin et cachet**