



BILAN DE SANTÉ GLOBAL

Ce document présente les informations minimales requises. Il vous revient d'y ajouter tout élément complémentaire pertinent ou de soumettre un bilan plus détaillé si vous avez une condition particulière.

1. INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom complet : _____

Date de naissance : _____

Sexe : _____

Nationalité : _____

Numéro de passeport : _____

Adresse actuelle : _____

Numéro de dossier (s'il y a lieu) : _____

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Maladies chroniques (diabète, hypertension, etc.) : _____

Allergies : _____

Antécédents chirurgicaux : _____

Hospitalisations passées : _____

Troubles psychologiques connus : _____

Traitements médicaux en cours : _____

Utilisation de médicaments (liste complète) :

3. HABITUDES DE VIE

Tabagisme : Oui Non — Si oui, quantité : _____

Consommation d'alcool : Oui Non — Si oui,
fréquence : _____

Consommation de drogues : Oui Non — Si oui,
préciser : _____



4. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Maladies héréditaires (cardiaques, cancer, diabète, etc.) : _____

Décès prématurés dans la famille : Oui Non — Préciser : _____

5. EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL

(PAR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ)

Taille : _____

Poids : _____

Indice de masse corporelle (IMC) : _____

Pression artérielle : _____

Fréquence cardiaque : _____

Température corporelle : _____

Vision : OD : ___ / OG : ___

Audition : Normale Anomalie — Détails : _____

6. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Radiographie pulmonaire (tuberculose) : Normale Anomalie — Détails : _____

Analyse sanguine :

- Hémogramme complet
- Fonction hépatique
- Fonction rénale
- Dépistage VIH
- Hépatites B et C
- Syphilis (VDRL/TPHA)

Analyse d'urine : _____

7. VACCINATIONS

(À JOUR)

Tétanos / Diphtérie

Rougeole / Oreillons / Rubéole

Hépatite B

- COVID-19
- Grippe saisonnière
- Autres : _____

8. APTITUDE AU TRAVAIL

Apte à travailler sans restriction : Oui Non — Si oui, préciser : _____

Restrictions temporaires ou permanentes : Oui Non — Si oui, préciser : _____

Commentaire du médecin : _____

9. SIGNATURE

Nom du médecin : _____

Numéro de permis : _____

Adresse de la clinique ou de l'établissement : _____

Date de l'évaluation : _____

Signature du médecin : _____