



QUESTIONNAIRE MEDICAL

NOM : GUIBERT PRENOM : ERIC

NUMERO DE TELEPHONE : 06-24-93-97-38

ADRESSE EMAIL : eric.guibert@gmail.com

1°) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
2°) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? Si oui précisez (date et conséquences) _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
3°) Avez-vous fait l'objet d'un tassement vertébral ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
4°) Avez-vous une maladie chronique ? Si oui précisez <u>hypertension</u>	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
5°) Avez-vous déjà eu une ou des : • Fracture : quand _____ localisation _____ • Entorse : quand _____ localisation _____ • Luxation : quand _____ localisation _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
6°) Suivez-vous un traitement médicamenteux ponctuel, récurrent ou régulier ? Si oui précisez <u>hypertension Régulière</u>	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
7°) Dans les 12 derniers mois avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? Si oui précisez _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
8°) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
9°) Avez-vous déjà eu un épisode de respiration sifflante (type asthme)	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
10°) Avez-vous des problèmes de vue ? Si oui, portez-vous des lunettes ou des lentilles : <u>Port de lunettes mais pas pour la vue</u>	<input checked="" type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON
11°) Avez-vous des problèmes d'audition ? Si oui, portez-vous une aide auditive : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>
12°) Avez-vous des informations utiles à communiquer : _____	OUI <input checked="" type="radio"/> NON <input type="radio"/>

Je soussigné(e) (nom/prénom) GUIBERT ERIC certifie sur l'honneur l'exactitude et la sincérité des informations portées ci-dessus.

Fait à NIORS le 11/08/2025 signature : Eric Guibert

