



RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

Secret médical

(201) Catégorie d'examen Initial <input type="checkbox"/> Renouv./Reval. <input type="checkbox"/> Approfondi <input type="checkbox"/>	(202) Taille cm	(203) Poids kg	(204) Yeux couleur	(205) Cheveux couleur	(206) Tension artérielle (assis) mmHg		(207) Pouls au repos	
					Systolique	Diastolique	Pulsations/min.	Rythme

Examen clinique : Vérifiez chaque point Normal Anormal Non eff.

(208) Tête, face, cou, cuir chevelu				(218) Abdomen, hernie, foie, rate			
(209) Bouche, gorge, dents				(219) Anus, rectum			
(210) Nez, sinus				(220) Système génito-urinaire			
(211) Oreilles, tympans, mobilité tympanique				(221) Système endocrinien			
(212) Yeux - orbites et annexes, champs visuel				(222) Membres supérieurs et inférieurs, articulations			
(213) Yeux - pupilles et fond de l'œil				(223) Colonne vertébrale et musculosquelette			
(214) Yeux - mobilité oculaire, nystagmus				(224) Neurologie - réflexes etc.			
(215) Poumons, thorax, seins				(225) Psychiatrie			
(216) Cœur				(226) Peau, marques d'identification, syst. lymphatique			
(217) Système vasculaire				(227) Etat général systémique			
(228) Notes : Décrivez chaque constatation d'anomalies. Notez le numéro du point concerné avant chaque commentaire.							

Acuité visuelle

(229) De loin à 5 m/6 m Lunettes Contact

Œil droit		corrigé à	
Œil gauche		corrigé à	
Vision binoculaire		corrigé à	

(230) Intermédiaire Sans correction Avec correction

Parinaud 5 à 100 cm Oui Non Oui Non

Œil droit			
Œil gauche			
Vision binoculaire			

(231) De près Sans correction Avec correction

Parinaud 3 à 30-50 cm Oui Non Oui Non

Œil droit			
Œil gauche			
Vision binoculaire			

(232) Lunettes (233) Lentilles de contact

Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Type		Type	

(234) Audition Oreille droite Gauche

Voix de conversation à 2 m Oui Oui

La dos tourné vers l'examinateur Non Non

(235) Analyse d'urine Normal Anormal

Glucose	Protéines	Sang	Autres
---------	-----------	------	--------

(248) Commentaires, restrictions, limitations :

(249) Déclaration du médecin examinateur :

Je soussigné certifie que j'ai personnellement examiné (ou que mon groupe de médecins examinateurs agréés a examiné) le demandeur mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(250) Lieu et date :	Nom et adresse de l'examinateur : (en majuscules)	Cachet et numéro du médecin examinateur agréé :
Signature du médecin examinateur agréé :	N° de téléphone :	
	N° de fax :	