



FICHE MEDICALE

*La présente fiche médicale fait partie intégrante du bulletin d'adhésion du retraité.
Elle doit être scrupuleusement remplie et aucune question ne doit être laissée sans réponse.*

FORMULAIRE N°1

N° CRBC :

I. INFORMATIONS SUR LE RETRAITE

Nom :

Prénom (s) :

N° Adhérent. (À remplir par la CRBC)

Adresse :

E-mail :

Téléphone/Télécopie.....

II. INFORMATIONS SUR LE TITULAIRE DE LA FICHE

Nom :

Prénom (s) :

N° Adhérent. (À remplir par la CRBC)

Adresse :

E-mail :

Téléphone/Télécopie.....



Répondez par « oui » ou par « non » aux questions lorsque nécessaire ou renseigner les paramètres demandés	Titulaire de la fiche		Observations
Poids /			
Taille			
Tension artérielle normale ou anormale			
Avez-vous été hospitalisé (e) au cours des 10 dernières années ?			
De quelle(s) affection(s) éventuelle(s) constaté(s) médicalement avez-vous souffert ou souffrez-vous actuellement ?			
Suivez-vous actuellement un traitement médical ou pensez-vous devoir en suivre prochainement ?			
Prévoyez-vous une hospitalisation, une intervention chirurgicale, un bilan biologique radiologique prochainement ? si oui pourquoi ?			
Avez-vous subi des examens médicaux ces 5 dernières années ? Si oui, précisez la nature des examens effectués (radiologiques, biologiques, scanner, IRM, ECG, etc.)?			
Avez-vous été victime d'un accident au cours des 10 dernières années ? si oui avec quelles séquelles ?			
Souffrez-vous ou avez-vous souffert (période à définir) de fièvre chronique, amaigrissement important, sueurs nocturnes, ou de diarrhées de plus d'un mois ?			
Avez-vous des antécédents de l'une ou plusieurs des pathologies suivantes : diabète, hypertension, ulcère, anémie, angine de poitrine, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, hépatite virale, affection psychiatrique, etc. ? Si oui, préciser dans la colonne « observations »			
Fumez-vous ? Si oui, depuis quand ? Nombre de cigarettes par jour ?	OUI	NON	
Souffrez-vous de l'une des pathologies ophtalmologiques suivantes : myopie, astigmatisme, presbytie, cataracte, etc. ? Si oui préciser dans la colonne « observations »	OUI	NON	
Souffrez-vous de problèmes ORL ou orthophonique ? Si oui, préciser dans la colonne « observations »	OUI	NON	
Etat de votre denture : indiquez un des qualificatifs : BONNE ☐ MOYENNE ☐ MAUVAISE ☐ ? Préciser dans la colonne « observations » Un traitement dentaire est-il en cours ? est-il envisagé ? OUI ☐ NON ☐ Un appareil, une ou des prothèses sont-ils posés ? OUI ☐ NON ☐ Sont-ils envisagés ? OUI ☐ NON ☐			



Je soussigné, déclare les informations consignées par mes soins dans la présente fiche sincère et à ma connaissance, complètes et conformes à la vérité sur mon état de santé.

Je certifie n'avoir rien caché ou dissimulé concernant un élément important d'appréciation de mon état de santé.

Fait à le//.....

Signature (précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvée »)