

La partie en italiques est à compléter par l'étudiant

DOSSIER MEDICAL : ouverture :

La partie en italique est à remplir par l'étudiant

<u>NOM</u> :	<u>Prénom</u> :	Sexe :
<i>né(e) le :</i>		
<i>Adresse et tél des parents:</i>		
<i>Adresse de l'étudiant en 2015/2016 :</i> ECL : <input type="checkbox"/> <i>autre :</i>		
<i>Tel mobile de l'étudiant :</i>		
<i><u>Cette partie sera à remplir par le médecin de Prévention de l'Ecole centrale</u></i>		
<i>Médecin traitant :</i>		<i>Dernière visite médicale :</i>
<u>Date entretien</u> :	<u>Poids</u> :	<u>Taille</u> :
<u>ANTECEDENTS PERSONNELS :</u>		
<u>ANTECEDENTS FAMILIAUX :</u> Père :		Mère :
<u>TRAITEMENT :</u>		
<u>ALLERGIES:</u>		
<u>Allergie médicaments:</u>		
<u>Troubles fonctionnels :</u>		
<u>SPORT, LOISIRS :</u>	<u>TABAC :</u>	depuis ans
	autre :	
<u>Difficultés psychologiques, sommeil, adaptation :</u>		
<u>Suivi</u> :	TS:	

<u>VACCINATIONS:</u>	DTP	BCG	IDR
Rougeole:	Oreillons:	Rubéole:	
<u>Acuité Visuelle:</u>	de loin:	OD:	OG:
	correction:	oui	non
Pathologie:			
Dernière consultation ophtalmo:			
<u>Audition:</u>	Trouble connu:		
<u>Cardio-vasculaire:</u>			TA:
Systeme veineux:			Pouls:
<u>Pulmonaire:</u>	ORL:		
<u>Abdomen:</u>	HSM:		
Transit:			
<u>Cutané:</u>			
<u>Ganglions:</u>			
<u>Géno-urinaire:</u>			
Suivi gynéco:	oui	non	
Contraception:			
Règles:			
<u>RACHIS:</u>	Troubles de la statique:		
Douleur:	D.M.S. :		
Membre supérieur:			
Membre inférieur:			
<u>Examen dentaire:</u>			
Nombre de dents absentes:			
Nombre de dents cariées non traitées:			
Nombre de dents soignées:			
<u>SOINS CONSEILLÉS :</u>			