

**PAN AFRICAN POSTAL UNION**

**FICHE D’EXAMEN MÉDICAL**

**DATE** : ………./………../………..

**NOM / DR / M. / MME / MLLE** : ……………………………………………………………………………………….

**DATE DE NAISSANCE**  :……………………………………  **SEXE**  : ……………………………………………………...

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE LA FAMILLE** : …………………………………………………………………………

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS** :

1. CONDITIONS HÉRÉDITAIRES OU CONGÉNITALES ……………………………………………
2. MALADIES GRAVES OU CHRONIQUES ...………………………………………………………..
3. ACCIDENTS ……………………………………………………………………………..............
4. INTERVENTIONS CHIRURGICALES ………………………………………………………………
5. HOSPITALISATIONS ………………………………………………………………………………
6. ÉVOLUTION DU POIDS AU COURS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE …………………………...
7. INFECTIONS CUTANÉES ……………………………………………...………………………...……...

**ÉTAT ACTUEL** :

1. **ÉTAT GÉNÉRAL** …………………………………………………………………...……………….

………………………………………………………………………………………………………………….

TAILLE ……………...………… POIDS ……………..………. PEAU ...………………………

1. **APPAREIL DIGESTIF**

DENTS …………………………………………… LANGUE …………………………..………………

ABDOMEN ………………………………………………………………………………………………

FOIE ………………………………………RATE …………………………………………..

HERNIE ………………………………………EXAMEN RECTAL ………………………...

1. **APPAREIL CIRCULATOIRE**

POULS …………………………………………….. PRESSION ARTÉRIELLE ……………………………...

AUSCULTATION ……………………………………………………………………………………..……..

CHOC DE POINTE …………………………………VAISSEAUX ………………………………………….

1. **APPAREIL RESPIRATOIRE**

NEZ ……………………………………………… GORGE ……………………………………..

POITRINE ……………………………………………………………………………………………

AUSCULTATION……………………………………………………………………………………………

1. **APPAREIL AUDITIF**

OREILLES …………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **OUÏE** | **TYMPANS** |

DROITE …………………………………………………………………………………………………………………

GAUCHE …………………………………………………………………………………………………………………

1. VISION

YEUX ………………………………………………………………………………………………….……………

ACUITÉ (CORRIGÉE) ……………………………….. (NON CORRIGÉE) ………………………………………

CHAMPS ………………………………………………COULEUR ………………………………………

1. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

ORGANES GÉNITAUX ……………………………………………… REINS ……………………………………

POUR LES FEMMES – L.M.P. ………………………………… PARA ………………………………….

P.V. ………………………………………………………. SEINS …………………..………………

FROTTIS VAGINAL SI POSSIBLE ………………………………………………………………………………

1. APPAREIL LOCOMOTEUR

MEMBRES ………………………………………………………………………………………………………

DÉMARCHE ………………………………………… DEFORMATION ………………………

1. SYSTÈME NERVEUX

TEMPÉRAMENT ……………………………………………………………………………………………….………..

ÉTAT DE SANTÉ MENTALE …………………………………………………………………………………………...…..………

NERFS CRÂNIENS ……………………………………………………………………………………...…………..….

RÉFLEXES SUPERFICIELS ……………………………………………………………………………..…………..….

……………………………………………………………………………………………………………………………..

1. INVESTIGATIONS (PRIÈRE JOINDRE TOUS LES CLICHES ET RAPPORTS)

RADIOGRAPHIE PULMONAIRE ……………………………………………………………………………………

ÉLECTROCARDIOGRAMME ……………………………………………………………………………..………

EXAMEN DES SELLES ………………………………………………………………………………..….…………….

ANALYSE D’URINE ………………………………………………………………………………….…..……………

SANG

HÉMOGRAMME …………………………………………………………………………………………..…..

SÉROLOGIE (KHAN/VORL) …………………………………………………………………………..…..…

BIOCHIMIE (EXAMEN DE LA FONCTION HÉPATIQUE/RÉNALE, ACIDE URIQUE, GLYCÉMIE, ETC.)

…………………………………………………………………………………………………………..…

ÉLECTROPHORÈSE DE L'HÉMOGLOBINE …………………………………………………..…………

(**11**) AUTRES

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

(**12**) AVIS

JE CERTIFIE AVOIR EXAMINÉ, AU MIEUX DE MES CONNAISSANCES,

DR/M./MME/MLLE ………………………………………………………………………………ET LE/LA DÉCLARE

MÉDICALEMENT APTE/INAPTE À L’EMPLOI - IL/ELLE EST SOUS/N’EST PAS SOUS TRAITEMENT (PRÉCISER)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

DATE …./…../…… SIGNATURE DU MÉDECIN

NOM ET PRÉNOM DU MÉDECIN …………………………………

*CACHET OFFICIEL*