

Examen medical d'aptitude pour sapeurs-pompiers

Questionnaire pour les
sapeurs-pompiers (SP)

Schweizerischer Feuerwehrverband
Fédération suisse des sapeurs-pompiers
Federazione svizzera dei pompieri
Federaziun svizra dals pumpiers



Nom:	Prénom:	Date de naissance:
Adresse:	Lieu:	
Tél./mobile:	Profession:	
Activité professionnelle actuelle:		
Date du dernier examen médical pour le service du feu:	Porteur appareil respiratoire isolant (ARI) depuis:	
Service du feu depuis:	Permis C/C1:	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Commandement du corps de sapeurs-pompiers compétent:		

Question / Veuillez cocher ce qui convient	non	oui	Précisions
Etes-vous actuellement en bonne santé?			
Votre capacité de travail est-elle entravée?			
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies, de troubles ou de douleurs des organes respiratoires (asthme, bronchite, pneumonie, autres)?			
du cœur, de la circulation sanguine ou des vaisseaux sanguins (problèmes lors d'importants efforts physiques, pertes de connaissance subites, malformation cardiaque, palpitations cardiaques, hypertension artérielle, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, troubles de la circulation sanguine, attaques cérébrales, varices, phlébites, thromboses, autres)?			
du système nerveux (épilepsie, vertiges, paralysies, autres)?			
du psychisme (claustrophobie, peur du vide, attaques de panique, dépressions, tentatives de suicide, psychoses, autres)?			
des organes digestifs ou abdominaux (calculs rénaux, jaunisse, maladies du foie, autres)?			
du métabolisme ou du sang (valeurs glycémiques trop élevées, diabète, cholestérol trop élevé, maladies de la glande thyroïde, problèmes de coagulation du sang, autres)?			
du système immunitaire ou des maladies infectieuses (hépatite, maladies tropicales, infection avec le SIDA, autres)?			
de la peau (eczéma, allergies, autres)?			
de l'appareil locomoteur (colonne vertébrale, disques intervertébraux, os, articulations, muscles, tendons, arthrose, rhumatismes, autres)?			

Question / Veuillez cocher ce qui convient	non	oui	Précisions
de l'ouïe (surdité, traumatisme causé par une détonation ou le bruit, inflammations, autres)?			
des yeux (problèmes d'acuité visuelle – vision de loin ou vision de près, maladies de la rétine, autres)?			
Portez-vous des lunettes ?			
Portez-vous des lentilles de contact ?			
Autres maladies, troubles ou maux non cités ci-dessus (infirmité congénitale, malformations, tumeurs, cancer, autres)?			
Avez-vous été victime d'accidents, blessures ou intoxications qui ont nécessité une hospitalisation ou une opération et/ou dont vous supportez les séquelles?			
Avez-vous été examiné, soigné ou opéré dans un hôpital ou un autre établissement médical?			
Vous a-t-on prescrit des cures de repos, de désintoxication, un régime diététique ou autres ou de telles cures sont-elles prévues?			
Pour les femmes : Etes-vous enceinte ou une grossesse est-elle prévue?			
Une des maladies suivantes a-t-elle détectée dans votre famille (parents consanguins, en particulier les parents ou frères et sœurs): maladies du cœur ou des vaisseaux sanguins, infarctus du myocarde avant l'âge de 50 ans, opérations de bypass, hypertension artérielle, cholestérol trop élevé, diabète, attaque cérébrale, maladies cong�niales, autres?			
Prenez-vous régulièrement ou occasionnellement des médicaments (en particulier des analgésiques, somnifères ou calmants)? Si oui, pourquoi? Indiquez le médicament exact ainsi que le dosage?			
Souffrez-vous d'allergies (rhume des foins, asthme, allergie au piqûres d'insectes, aux médicaments, etc.)?			
Fumez-vous? Combien? Depuis combien de temps?			
Buvez-vous de l'alcool ? A quelle fréquence? Quelle quantité?			
Consommez-vous ou avez-vous auparavant consommé des drogues ? Lesquelles? A quelle fréquence? Depuis combien de temps?			
Pratiquez-vous du sport ? Le(s)quel(s)? Combien de fois par semaine? Depuis combien de temps?			
Avez-vous accompli du service militaire ou de protection civile ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi?			

Quelle est votre taille? (en cm)

Quel est votre poids? (en kg)

Nom et adresse de votre médecin de famille ou médecin traitant:

Je déclare par la présente avoir répondu aux questions de manière intégrale et conforme à la vérité. J'autorise le médecin-conseil des sapeurs-pompiers à se procurer auprès de mon médecin de famille ou médecin traitant les informations médicales qui sont nécessaires pour apprécier mon aptitude au service du feu.

Lieu, Date: _____ Signature: _____