QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom : **Prénom :** **date de naissance :**

Quels problèmes de santé ou maladies avez vous ou avez vous eu ?

Avez-vous déjà été opéré ? Si oui, de quoi ?

Suivez-vous un traitement médical et quel est il ?

A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant *de* l'alcool ?

Jamais une fois par mois ou moins 2 à 4 fois par mois 2 à 3 fois par semaine 4 fois ou plus par semaine

Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7 à 9 10 ou plus

Portez-vous des lunettes ? Avez vous des problèmes d'audition ou de vision ?

Avez-vous des troubles du sommeil ?

Je soussigné(e), , déclare sur l'honneur que les renseignements du présent questionnaire sont exacts.

Fait à Blaye , le

signature