

MINISTERE DE L'INTERIEUR

DIRECTION GENERALE DE LA POLICE NATIONALE

DIRECTION DES RESSOURCES ET DES COMPETENCES  
DE LA POLICE NATIONALE



**QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE CANDIDAT**

Ce questionnaire est exclusivement destiné au service médical de la police nationale et toute information est **strictement confidentielle**, protégée par le code de déontologie médicale (décret 95-1000 du 06/09/1995, Articles 4 et 95).

NOM ..... Prénoms : ..... Tél. : .....

Né(e) le ..... à ..... Département ..... N° CNI : .....

Adresse perso : .....

Mail : .....

Situation de famille : Célibataire - Marié(e) – Pacsé - Divorcé(e) - Veuf ou Veuve \*

\* **Barrer les mentions inutiles.**

Nombre d'enfants

Service national - Effectué : Date et affectation, durée :

- Exempté - Réformé - Dispensé – Sursitaire – JAPD - JDC \*

\* **Barrer les mentions inutiles.**

**I - ANTECEDENTS FAMILIAUX :**

Comptez-vous parmi vos parents, grands-parents, frères et sœurs, des personnes ayant présenté (préciser le lien de parenté) :

**PARENTE**

- Des allergies (asthme, eczéma, rhume des foins)
- Une hypertension artérielle
- Un diabète
- Une maladie endocrinienne
- Une autre maladie métabolique (cholestérol, triglycérides,...)
- Un cancer (préciser lequel)
- Une maladie de cœur (insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde, angine de poitrine)
- Une attaque, hémorragie ou congestion cérébrale avec ou sans paralysie

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

NE SAIT PAS -  NON -

- Des troubles mentaux ou dépressifs  NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- Une toxicomanie  NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- Un suicide  NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- Une autre affection (précisez laquelle)  NE SAIT PAS -  NON -  OUI

**II – HABITUDES DE VIE :**

- Eventuelle profession antérieure :
- Combien fumez-vous de cigarettes ou autre par jour ? depuis combien d'années ?
- Consommez-vous de l'alcool ?  NON -  OUI  
     Si oui, quantité par jour :  NE SAIT PAS  verres
- Avez-vous fait ou faites-vous usage de produits stupéfiants ?  NON -  OUI
- Avez-vous une activité sportive régulière ?  NON -  OUI  
     Si oui, quel sport et avec quelle fréquence ?

**III – ANTECEDENTS PERSONNELS :**

- VACCINS** : précisez les dates des vaccinations : **B.C.G.**.....
- DT POLIO**.....
- Hépatite A**.....
- Hépatite B**.....

- VOYAGES** : Avez-vous vécu ou voyagé dans un pays étranger ?  NON -  OUI  
     Si oui, indiquer le pays et la durée du séjour.

- ACCIDENTS** : Avez-vous été accidenté ? (préciser les hospitalisations et traitements subis).

A l'armée	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	<u>Date</u> :	<u>Lésion</u> :	<u>Taux d'invalidité</u> :
Au travail	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	<u>Date</u> :	<u>Lésion</u> :	<u>Taux d'invalidité</u> :
En dehors du travail	<input type="checkbox"/> NON - <input type="checkbox"/> OUI	<u>Date</u> :	<u>Lésion</u> :	<u>Taux d'invalidité</u> :

Avez-vous au cours des 5 dernières années, subi les examens complémentaires biologiques, radiologiques, endoscopiques ou autres (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, scanner...)  NON -  OUI

Lesquels ?

## ☛ HOSPITALISATIONS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES :

- ☞ Avez-vous eu des hospitalisations ? NON - OUI  
( Indiquer la date et la nature des maladies).
- ☞ Avez-vous eu des interventions chirurgicales ? NON - OUI  
( Indiquer la date et les organes concernés).

## † ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : → OPHTALMOLOGIQUES :

- ☞ Votre vue est-elle corrigée ? **Lunettes** - **Lentilles** NON - OUI
- ☞ Avez-vous été traité ou opéré pour une maladie des yeux ? NE SAIT PAS - NON - OUI  
( préciser laquelle).
- ☞ Avez-vous été traité ou opéré pour une myopie ? NE SAIT PAS - NON - OUI

## → O.R.L. :

- ☞ Avez vous subi des interventions chirurgicales au niveau des oreilles NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Avez vous eu ou présentez-vous des troubles de l'audition NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Avez vous eu ou présentez-vous des maladies au niveau des oreilles NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Avez vous eu ou présentez-vous des bourdonnements et/ou sifflements d'oreille NE SAIT PAS - NON - OUI

## → CARDIO-VASCULAIRES :

- ☞ Faites-vous de l'hypertension ? NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Avez-vous fait ou faites-vous :
- ☞ Infarctus du myocarde ? NE SAIT PAS - NON - OUI
  - ☞ Angine de poitrine ? NE SAIT PAS - NON - OUI
  - ☞ Autres maladies cardiaques au souffle au cœur ? NE SAIT PAS - NON - OUI
  - ☞ Embolie pulmonaire ? NE SAIT PAS - NON - OUI
  - ☞ Hémorragie cérébrale ( ou embolie) ? NE SAIT PAS - NON - OUI
  - ☞ Varices ? NE SAIT PAS - NON - OUI
  - ☞ Phlébite ? NE SAIT PAS - NON - OUI
  - ☞ Trouble du rythme cardiaque ? NE SAIT PAS - NON - OUI

## → PNEUMOLOGIQUES :

- ☞ Tuberculose NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Pleurésie, pneumothorax NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Asthme NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Sarcoïdose NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Autres maladies pulmonaires NE SAIT PAS - NON - OUI

## → ALLERGIQUES :

- ☞ Eczéma NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Rhume des foins NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Médicaments ( lesquels) NE SAIT PAS - NON - OUI
- ☞ Autres NE SAIT PAS - NON - OUI

→ **NEUROLOGIQUES :**

- ☞ Vertiges
- ☞ Maux de tête fréquents
- ☞ Un ou des traumatismes crâniens
- ☞ Perte(s) de connaissance
- ☞ Crise d'épilepsie
- ☞ Sclérose en plaques
- ☞ Spasmophilie, tétanie
- ☞ Autres

- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI

→ **RHUMATOLOGIQUES :**

- ☞ Avez-vous parfois mal au dos ?

- NE SAIT PAS -  NON -  OUI

À quel niveau ?

- Cervical
- Dorsal
- Lombaire

- ☞ Avez-vous déjà eu une sciatique ?
- ☞ Avez-vous déjà eu des rhumatismes ?
- ☞ Avez-vous déjà eu des fractures ?
- ☞ Avez-vous déjà eu des entorses ?

- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI

→ **GASTRO-ENTEROLOGIQUES:**

Avez-vous eu :

- ☞ Un ulcère de l'estomac ou du duodénum ?
- ☞ Une colite ?
- ☞ Du sang dans les selles ?
- ☞ Des diarrhées fréquentes ?
- ☞ Des parasites intestinaux ( amibes ou autres) ?
- ☞ Une hépatite virale ( laquelle) ?
- ☞ Une hernie ( laquelle) ?
- ☞ Autres ?

- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI

→ **MALADIES INFECTIEUSES :**

Avez-vous eu :

- ☞ Des accès de paludisme ?
- ☞ Une maladie tropicale ( préciser laquelle) ?
  
- ☞ Une maladie sexuellement transmissible ( laquelle), des chlamydiae, des mycoplasmes, autre ?
  
- ☞ Autres ?
- ☞ Avez-vous été opéré pour une affection des oreilles de la gorge ?

- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
  
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
  
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- NE SAIT PAS -  NON -  OUI

→ **RENAUX :**

☞ Vous levez-vous la nuit pour uriner ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

Avez-vous déjà eu ?

☞ Des infections urinaires ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Du sang dans les urines ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Des crises de colique néphrétique ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Autres ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

→ **DERMATOLOGIQUES :**

Avez-vous déjà eu :

☞ Des poussées d'eczéma ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Du psoriasis ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Une autre maladie de peau ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

→ **DIVERS :**

☞ Avez-vous été traité pour une maladie de la thyroïde ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Etes-vous hémophile ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Êtes-vous diabétique ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous été traité pour une maladie du sang ?  
( leucémie, Hodgkin, autre) ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous eu une maladie de l'hémoglobine ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous eu une maladie de la coagulation sanguine ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous été traité pour une affection du système nerveux ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous été traité ou opéré pour un cancer ( préciser lequel) ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous été traité ou hospitalisé pour dépression nerveuse ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous suivi une de désintoxication ( alcool, drogue,...) ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous été suivie médicalement pour une maladie immunitaire ou  
pour une maladie virale entraînant un désordre immunitaire ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous autre chose à signaler concernant votre état de santé ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Avez-vous été reconnu travailleur handicapé ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

Si oui (préciser).....  
.....

→ **TRAITEMENTS :**

☞ Avez-vous pris régulièrement des médicaments ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

☞ Prenez-vous actuellement des médicaments ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

Si oui lesquels et pour quelle affection ?

☞ Avez-vous les 5 dernières années été en arrêt de travail pendant plus de un mois ?

NE SAIT PAS -  NON -  OUI

Si oui, pour quel motif ?

**Je certifie sur l'honneur de rien avoir dissimulé de mes antécédents ; cette déclaration engage ma responsabilité et toute fausse déclaration intentionnelle serait susceptible de faire annuler mon aptitude médicale.**

A,.....Le.....

Signature

## QUESTIONS CONCERNANT LES FEMMES

- Etes-vous enceinte ?  NE SAIT PAS -  NON -  OUI
- Etes-vous régulièrement suivie par un gynécologue ?  NON -  OUI
- Avez-vous des enfants (combien) ?  NON -  OUI
- Avez-vous subi une urgence gynécologique  
(hémorragie, grossesse extra-utérine, avortement) ?  NON -  OUI
- Préciser la date :
- Avez-vous eu une salpingite ?  NON -  OUI
- Avez-vous eu un kyste de l'ovaire ?  NON -  OUI
- Avez-vous subi :
- Une césarienne ?  NON -  OUI
- Une ablation de l'utérus ?  NON -  OUI
- Une ablation de l'ovaire ?  NON -  OUI
- Une ablation des deux ovaires ?  NON -  OUI

**Je certifie sur l'honneur ne rien avoir dissimulé de mes antécédents.**

A,.....Le.....

Signature