

NOM : _____ PRENOM (S) : _____

ANTECEDENTS MEDICAUX :

1.1 ANTECEDENTS PERSONNELS :

.....
.....
.....

1.2 ANTECEDENTS FAMILIAUX (PARENTS HOMMES DE MOINS DE 55 ANS, PARENTS FEMMES DE MOINS DE 65 ANS)

.....
.....
.....

1.3 PRESCRIPTION MEDICALE COURANTE DE CES 12 DERNIERS MOIS

.....
.....
.....

2. EXAMEN PHYSIQUE GENERAL

Taille : / / / cm Poids : / / / / kg BMI : / / / /

Acuité Visuelle : Œil droite : / / / / Œil gauche : / / / /

Examen bucco-dentaire

.....
.....
.....

Poumons :

.....
.....
.....

Abdomen

.....
.....
.....

Examen Orthopédique

.....
.....
.....

Port d'appareil médico-chirurgical :

.....
.....
.....

Symptômes du syndrome de Marfan : Si Oui Précisez

.....
.....
.....

3. SYSTEME CARDIOVASCULAIRE

.....
.....
.....

Pouls après 5 minutes de repos : / / / / /min

Pression artérielle en position allongée sur le dos après 5 minutes de repos

Bras droit : / / / / / / mmHg

Bras gauche / / / / / / mmHg