

Questionnaire concernant la santé

Date, le

DONNEES PERSONNELLES

1. Nom:	2. Date de naissance:	3. Pays de naissance: 4. Lieu de naissance:
5. Adresse en Finlande:		6. Téléphone:
7. Assurance: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		8. Nom de la compagnie:
9. Parent proche ou personne de contact:		10. Téléphone:
11. École / domaine d'études / matière principale:		12. Date de commencement des études: 13. Date prévue de fin d'études:

SANTÉ

14. État de santé:	Bon <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Mauvais <input type="checkbox"/>
15. As-tu des maladies de longue durée?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	La(les)quelle(s)?
16. As-tu une maladie de foie, l'hépatite?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Laquelle?
17. As-tu le HIV?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
18. Fumes-tu ou utilises-tu le tabac?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Lequel et combien?
19. Prends-tu de l'alcool ou d'autres intoxicants?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) et combien?
20. Hôpitalisations et opérations antérieures?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Quel(s) genre(s)?
21. Réactions allergiques aux médicaments?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	A quel médicament?
22. As-tu eu la tuberculose?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Quand?
23. As-tu eu un traitement pour la tuberculose?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Quand? Quel traitement?
24. Est-ce qu'il y a eu la tuberculose dans ton entourage (parmi ceux qui habitent avec toi)?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
As-tu maintenant ou as-tu eu auparavant des symptômes suivants:	Si oui, précise davantage (p.ex. quand as-tu eu ces symptômes, en as-tu maintenant ou a-t-on trouvé la cause de ton mal):		
25. Toux ayant duré pendant plusieurs semaines	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
26. Crachats gluants ou toux avec crachement du sang	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
27. Amaigrissement involontaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
28. Transpiration nocturne	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
29. Fièvre prolongée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
30. Enflures, douleurs ou sécrétion dans les ganglions lymphatiques (au cou, sous les aisselles, dans les plis des cuisses)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	

TRAITEMENTS MÉDICAUX, VACCINATIONS

31. Prends-tu des médicaments prescrits par une ordonnance? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Le(s)quel(s)?		
As-tu eu les vaccins suivants:		
32. Poliomyélite Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> quand?	33. Tétanos/ dyphtérie Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> quand?	34. Scarlatine/ oreillons/ rubéole Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> quand?
35. As-tu eu la scarlatine?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
36. As-tu eu les oreillons?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
37. As-tu eu la rubéole?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	