

Assuré :
 Date et lieu de naissance :
 Adresse en Côte d'Ivoire :
 Adresse à l'étranger :
 Date du voyage :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Mettre une croix dans la case correspondant à la réponse

ANTECEDENTS MEDICAUX

	OUI	NON
OPERATIONS CHIRURGICALES : Pourquoi et à quelles dates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
CŒUR : Hypotension - hypertension artérielle, palpitations, essoufflements, troubles circulatoires, varices, phlébites.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
POUMONS : Asthme, bronchite chronique, pneumonie, tuberculose, pleurésie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
GLANDES ENDOCRINES : Diabète, goitre : depuis quand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
SANG : anémie, drépanocytose, leucémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
OS : rhumatisme, goutte, arthrose, arthrite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
SYSTEME NERVEUX : paralysie, épilepsie, convulsions, dépression nerveuse, troubles du comportement, troubles de la parole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
MALFORMATIONS CONGENITALES : Laquelle? Acquisée par maladie ou par accident?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
CANCER - SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)
AUTRES MALADIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (Si oui préciser l'affection)

Toute fausse réponse ou omission au présent questionnaire est soumise aux sanctions prévues par les articles 18 et 19 du code CIMA.

Fait à Abidjan, le

SIGNATURE DE L'ASSURE