

**Au candidat : DÉTAILLER les points positifs au questionnaire.**  
Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.  
**Au médecin examinateur : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.**

**IMPORTANT - À LIRE AVANT DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE :** cet examen médical a pour but de déterminer si le candidat est porteur d'une condition qui pourrait affecter sa capacité d'accomplir de façon sécuritaire et efficace les tâches du programme de formation initiale en patrouille-gendarmerie, incluant le maniement d'armes à feu.

N.B. La forme masculine utilisée dans ce questionnaire inclut le féminin.

**1 Identification**

Dossier N° :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
(rue) (app.)

\_\_\_\_\_ (ville) (province) (code postal)

Téléphone : \_\_\_\_\_  
(maison)

\_\_\_\_\_ (travail ou cellulaire)

Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
(année) (mois) (jour)

Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Avez-vous déjà complété un questionnaire médical ou passé un examen médical pour l'École nationale de police du Québec?

Oui  Non

Initiales du candidat :





**Au candidat : DÉTAILLER les points positifs au questionnaire.**  
**Des informations incomplètes peuvent occasionner un retard dans le traitement du dossier.**  
**Au médecin examinateur : vérifier et commenter les points positifs de façon claire et pertinente.**

	Oui	Non	N°	Commentaires
13 - <b>Troubles des reins ou de la vessie :</b> ex : insuffisance rénale, sang, protéines ou sucre dans l'urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 -	
14 - <b>Troubles du système nerveux :</b> ex : convulsions, vertiges, épilepsie, paralysie, maux de tête importants, tremblements, perte de connaissance, commotion cérébrale, dyslexie ou autres troubles cognitifs? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 -	
15 - <b>Troubles de santé mentale :</b> ex : insomnie, anxiété, dépression, perte de mémoire, phobie, trouble de panique, psychose, trouble de déficit de l'attention? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 -	Mois/année : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée : Hospitalisation? Médication :
16 - <b>Troubles musculo-squelettiques :</b> a) douleur articulaire, arthrite, atrophie musculaire, amputation, raideur ou perte de force aux épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles, pieds? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16a -	
b) Difficulté à marcher sur une surface inégale, à monter des escaliers, à se tenir sur un escalier, à s'agenouiller, à exécuter des mouvements des poignets, des bras? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16b -	
17 - <b>Troubles du dos et de la colonne vertébrale :</b> ex : douleur au dos, hernie discale, difficulté à se pencher, à transporter des objets lourds, à tourner ou fléchir le cou ou à maintenir la tête dans la même position longtemps? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 -	Mois/année : Description du problème : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée : Traitement :
18 - <b>Troubles du syst. Dermato / Immunologique :</b> ex : psoriasis, eczéma, urticaire? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 -	Traitement : Arrêt de travail/étude? Si oui, durée :
19 - <b>Troubles du système sanguin :</b> ex : anémie, trouble de la coagulation, leucémie, etc.? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 -	
20 - <b>Troubles du système endocrinien :</b> ex : trouble de la thyroïde, des surrénales? Si oui, détailler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 -	
21 - Avez-vous déjà été traité ou êtes-vous traité pour : Si oui, détailler.			21 -	
- Cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Haute pression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Allergies : médicaments, latex, aliments, autres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- Diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22 - Un médecin vous a-t-il déjà recommandé un traitement ou une opération quelconque que vous avez décidé de ne pas subir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22 -	Mois/année : Genre de traitement ou opération :

Initiales du candidat :

Commentaires :


