

FICHE D'EXAMEN MEDICAL POUR LES CHAUFFEURS DE VEHICULE LOURD (CAMION CITERNE)

1-RENSEIGNEMENTS SUR LE CHAUFFEUR (à compléter par le chauffeur)				Date de l'examen	
Nom et prénoms MANANJANDRY Norland Michazil	Date de naissance 30 Juin 1985	Age 31	Sexe M	☐ Embauche ☐ Rectification ☒ Complémentaire	11/02/2017
Adresse Ambodivohitra		Téléphone personnel 032 99 407 87		☐ No du Licence du chauffeur	
2-ANTECEDENTS MEDICAUX (à compléter en présence du médecin ou d'un infirmier)					
OUI - NON		OUI - NON		OUI - NON	
Accident/maladie dans les 5 dernières années	☐ ☒	Pneumopathie Emphysème Asthme Bronchite chronique	☐ ☒	Perte de Connaissance Absence	☐ ☒
Traumatisme crânien, Maladie cérébrale	☐ ☒	Néphropathie Dialyse	☐ ☒	Trouble du Sommeil Insuffisance Du sommeil	☐ ☒
Epilepsie ☐ Médicaments : _____	☐ ☒	Hépatopathie	☐ ☒	Trouble de La tonicité et de la motricité, paralysie	☐ ☒
Problème/trouble de la vision	☐ ☒	Problème Digestive	☐ ☒	amputation de membres, orteils, doigts	☐ ☒
Cardiopathie ou attaque cardiaque Maladie du système Vasculaire ☐ Médicaments : _____	☐ ☒	Diabète Contrôlé par ☐ Régime ☐ Comprimé ☐ Insuline	☐ ☒	Maladie ou Accident de La colonne vertébrale	☐ ☒
Chirurgie cardiaque (by-pass, angioplasties)	☐ ☒	Problème Neuro-psychiatrique Ex : dépression ☐ Médicaments	☐ ☒	Lombalgie Chronique	☐ ☒
Hypertension artérielle ☐ Médicaments : _____	☐ ☒	Trouble Hématologique	☐ ☒	Fréquence et régularité de prise d'alcool	☐ ☒
Problème respiratoire	☐ ☒	Allergies	☐ ☒	Habitude sur la prise de drogue ☐ Type de drogue : _____	☐ ☒
☐ Pour toute réponse OUI, préciser : la date, le diagnostic, le médecin traitant (avec adresse) ☐ Lister tous les médicaments pris régulièrement et récemment. Aucun					

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont complets et exacts. Je suis conscient que l'inexactitude ou les fausses informations peuvent avoir des conséquences sur la conduite des examens du Médecin examinateur et sur la conclusion du certificat.

Signature du Chauffeur : _____

Date : **11 02 17**

COMMENTAIRE DU MEDECIN EXAMINATEUR :

Aucun

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION SUR L'EXAMEN MEDICAL

(cette copie est à envoyer à l'employeur)

EVALUATION :

- ☒ Apte pour travailler, sans aucune restrictions
- ☐ Apte à travailler mais avec des contrôles périodiques tous les _____
Chauffeur qualifié seulement pour
- ☐ 3 mois
 - ☐ 6 mois
 - ☐ 1 an
 - ☐ autres
- ☐ Temporairement disqualifié (condition ou traitement) : _____
- ☐ Revoir le Médecin examinateur pour compléter : _____
- ☐ INAPTE

Signature du Médecin Examineur : _____

Nom et Prénoms du Médecin Examineur : RABOUANTION RABOUANTION BARRAUD

Adresse : Amfoudmouane, Ent de l'écouart, 208 - Jambou

N° Tél : +201 32 60 32