

# FICHE MEDICALE



Date

## Interrogatoire médical

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| - Antécédent cardio vasculaire         | Oui | Non |
| - Pace Maker / Dispositif sous cutané  | Oui | Non |
| - Asthme +/- traitement de fond        | Oui | Non |
| - Epilepsie                            | Oui | Non |
| - Terrain atopique au froid (Allergie) | Oui | Non |
| - Prise de toxique                     | Oui | Non |
| - Traitements :                        | Oui | Non |
| - Hospitalisation depuis - de 6 mois   | Oui | Non |

## Examen clinique

- |  |      |
|--|------|
| - Auscultation cardio-pulmonaire<br>TA : | FC : |
| - Plaie                                  |      |
| - Pouls périphérique                     |      |
| - Lentilles de contact                   |      |

Non contre-indication ce  
jour

Oui

Non

Nom et cachet du Médecin :

