

NATIONS UNIES ET INSTITUTIONS SPECIALISEES

CONFIDENTIEL

EXAMEN MEDICAL D'ENGAGEMENT

LES PAGES 1 & 2 SONT À REMPLIR PAR LE CANDIDAT

Je soussigné autorise tout médecin, hôpital ou clinique mentionnés ci-dessous à communiquer au Service Médical commun pour les Nations Unies toute information provenant de mon dossier médical et qui serait jugée nécessaire pour donner un avis quant à mon aptitude sur le plan médical à l'emploi dans une des organisations précitées.

Je certifie que mes réponses aux questions suivantes sont à ma connaissance vraies, complètes et exactes. Je suis informé que toute inexactitude ou omission de ma part qui apparaîtrait sur le présent questionnaire pourrait entraîner la résiliation de mon contrat.

Date:

Signature:

Nom de famille (en lettres majuscules): SAAD DORY		N° Matricule	Nom de jeune fille	Sexe <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Prénoms:		Adresse (rue, ville, district ou département, pays): 15, rue Jean Dessut 13006 Marseille		
Employé postulé (décrire la nature de l'emploi): Consultant Security officer		Téléphone: +961 91 657454	Date de naissance: 10-10-1970	Nationalité: Français
Lieu de l'emploi: ERBIL		Lieu de naissance: CHOURIT		
Situation de famille: Marié (e) <input checked="" type="checkbox"/> Date: 25.07.2012 Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé (e) <input type="checkbox"/> Date: _____ Divorcé (e) <input type="checkbox"/> Date: _____ Veuf (ve) <input type="checkbox"/> Date: _____				

Avez-vous déjà subi un examen médical pour les Nations Unies ou une des agences spécialisées?

Avez-vous déjà été employé par les Nations Unies ou l'une de ses Agences spécialisées?

Dans l'affirmative, quand? Pour quelle organisation? Où?

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Parents	Age	Pour les vivants, état actuel Pour les décédés, cause de la mort	Age lors du décès	Certains de vos parents ont-ils été atteints de ?	Oui	Non	Lequel?
Père <input type="checkbox"/>	87			Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mère <input type="checkbox"/>	73			Maladies du coeur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frères <input type="checkbox"/>	52			Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soeurs <input type="checkbox"/>	43			Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epoux (se) <input type="checkbox"/>	43			Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant (s) <input type="checkbox"/>	7			Cancer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	4			Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Troubles mentaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Paralysie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A COMPLETER PAR LE FONCTIONNAIRE DEMANDANT L'EXAMEN		A COMPLETER PAR LE DIRECTEUR DU SERVICE MEDICAL	
Nom du fonctionnaire:		Classification médicale: <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b	
Département ou division: 		Commentaires: 	
Date: 03-12-20		Date: 03-12-20 Signature:	
TRES IMPORTANT: Indiquer le nom de l'Organisation ou de l'Agence proposant l'emploi:			

Répondre dans chaque cas par NON ou par OUI ; dans ce dernier cas indiquer la date. Laisser en blanc ou tracer un trait est insuffisant. Lorsque le questionnaire est incomplet, des informations complémentaires sont requises, ce qui entraîne une perte de temps.

1. Avez-vous présenté l'une des maladies ou des troubles présentés ci-après? si oui, indiquer l'année.

	Oui Date	Non		Oui Date	Non		Oui Date	Non		Oui Date	Non
Angines fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Maladies du cœur et des vaisseaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Troubles urinaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Evanouissements	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rhume des foies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Douleurs dans la région du cœur	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Troubles rénaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Varices	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Calculs rénaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Troubles digestifs	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lumbago	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gonococcie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ulcères de l'estomac et du duodénum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Douleurs articulaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Autres maladies vénériennes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pleurésie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Jaunisse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie de la peau	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Affections tropicales	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bronchites fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Calculs biliaires	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Insomnies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Amibiase	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rhumatismes articulaires aigus	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hernies	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Troubles nerveux ou mentaux	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Plaudisme	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fréquents maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Donnez toute précision concernant une affection éventuellement en traitement:
- Avez-vous déjà craché du sang? *NON*
- Avez-vous déjà remarqué du sang? *NON*
- Dans vos urines?
- Dans vos selles?
Donnez des détails:
- Avez-vous déjà été hospitalisé (hôpital, clinique)? *Côte d'Ivoire*
Où, quand et pourquoi? *Paludisme en 2003 - nous perdions*
- Avez-vous déjà été absent du travail plus d'un mois pour raison de maladie? *NON*
Si oui, quand?
Et pour quelle maladie?
- Avez-vous eu une incapacité permanente, partielle de travail après accident ou maladie? *NON*
Si oui, depuis quand?
Nature de l'incapacité:
- Avez-vous déjà consulté un neurologue, un psychiatre ou un psychanalyste? *NON*
Si oui, donnez son nom et son adresse:
Motif de la consultation:
- Prenez-vous un médicament régulièrement? *NON*
Si oui, lequel?
- Pendant ces trois dernières années, avez-vous perdu du poids? *NON*
Si oui, combien?
- Vous a-t-on déjà refusé une assurance-vie? *NON*
Si oui, donnez les raisons:
- Vous a-t-on déjà refusé un emploi pour raison de santé? *NON*
Si oui, donnez les raisons:
- Avez-vous déjà reçu ou demandé une pension pour invalidité permanente? *NON*
Taux?
Précisez
- Avez-vous déjà séjourné en pays tropical? *Oui 1998-2000*
Si oui, combien de temps? *Guyane française*
- Avez-vous présenté des contre-indications médicales aux voyages par voie aérienne? *NON*
- Considérez-vous vous-même:
- en bonne santé? *Oui*
- bénéficiant d'une capacité de travail entière? *Oui*
- Fumez-vous régulièrement? Oui Non
Si oui, que fumez-vous?
 Cigarettes Pipe Cigars
Depuis combien d'années fumez-vous?
Quantité journalière?
- Consommation quotidienne de boissons alcoolisées: *...*
- Votre médecin ou dentiste vous a-t-il conseillé un traitement médical ou chirurgical dans un proche avenir? *NON*
Si oui, précisez:
- Indiquez toute information complémentaire importante concernant votre santé: *Actuellement, je fais mon footing tous les matins entre 5 et 8 kms - 5 jours par semaine*

- Quelles sont vos activités professionnelles actuelles? *Directeur des opérations*
Indiquez vos trois derniers emplois: *Directeur de sécurité - Directeur des opérations - consultant sécurité*
- Enumérez les risques professionnels ou autres auxquelles vous avez été exposé: *Koboko, El Yoyo, Côte d'Ivoire, Yemou, Koubistan*
- Avez-vous été dispensé du service militaire pour raisons médicales? *NON. J'ai effectué 15 ans de service à la Légion étrangère française*

24. POUR LES FEMMES

- Vos règles sont-elles régulières? Oui Non
Sont-elles douloureuses? Oui Non
Devez-vous garder le lit? Oui Non
Si oui, pendant combien de jours?
Date de vos dernières règles:
- Prenez-vous une pilule contraceptive? Oui Non
Si oui, depuis combien d'années?
Avez-vous déjà été traitée pour une affection gynécologique? Oui Non
Si oui, laquelle

A COMPLETER PAR LE MEDECIN EXAMINATEUR

APPARENCE GENERALE

Peau:

Taille: cm 176

Poids: kg 93

Cuir chevelu:

VUE, ACUITE VISUELLE MESUREE

Vision naturelle : o.d. 10/10

o.g. 10/10

Pupilles: Egales? OUI Régulières? OUI

Vision avec lunettes : o.d.

o.g.

Fonds d'oeil (si nécessaire):

Vision de près : o.d. 10/10

o.g. 10/10

Vision des couleurs: OK

Avec correction : o.d.

o.g.

OUIE (voix chuchotée)

A droite Normal:

Suffisante:

Insuffisante:

A gauche Normal:

Suffisante:

Insuffisante:

Tympan: Droite
Gauche

NEZ-BOUCHE-COU

Nez:

Pharynx:

Dents:

Langue:

Amygdales:

Thyroïde:

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

Pulse : 70

Auscultation : 120/80

Artères périphériques

Rythme : Reg

Tension artérielle : 120/80

- carotide : OK

Choc de pointe :

Varices :

- Tibiale postérieure : OK

Electrocardiogramme (si indiqué ou après 45 ans) - Tracé à joindre

- Dorsalis Pedis : OK

APPAREIL RESPIRATOIRE

Thorax:

Seins:

APPAREIL DIGESTIF

Abdomen:

Rate:

Foie:

Hernie:

Toucher rectal:

SYSTEME NERVEUX

Réflexes pupillaires: - A la lumière: OK
- A l'accommodation: OK

Réflexes plantaires : OK

Motricité : OK

Sensibilité : OK

Tonus musculaire : OK

Signe de Romberg : OK

Réflexes otitiens: OK

Réflexes achilléens: OK

ETAT PSYHIQUE

Apparence: OK

Comportement: OK

SYSTEME GENITO-URINAIRE

Reins:

Organes génitaux:

SQUELETTE

Crâne:

Membres supérieurs:

Colonne vertébrale:

Membres inférieurs:

SYSTEME LYMPHATIQUE

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE PULMONAIRE: Cliché de profil pas nécessaire sauf si indiqué médicalement. Compte-rendu du radiologue suffisant

LABORATOIRE

Les résultats de tous les examens suivants doivent être portés sauf lorsque figure la mentions « si nécessaire ».
Sauf accord préalable, seul les tests officiellement mentionnés sont pris en charge par l'Organisation.

Urine: Albumine : 0... Sucre: 0... Sédiment: 0...
Sang: Hémoglobine : % 17,9g/l Leucocytes : 5000/mm³
Hématocrite : 44 % Formule leucocytaire (si nécessaire) :
Erythrocytes : 4,96 million/mm³ Vitesse de sédimentation : 3mm / 9mm

Chimie (si ces examens peuvent être effectués sur place):
Glycémie : 0,92 g/l Créatinine : 9,1mg/l
Cholestérol : 1,85 g/l Acide urique : 5,2mg/l

Réaction sérologique pour la syphilis (joindre la réponse du laboratoire) *Négatif*

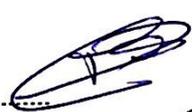
Examen des selles (si nécessaire) *Négatif*

COMMENTAIRES (en particulier en ce qui concerne les déclarations du candidat – résumer les anomalies notées)

CONCLUSIONS (le médecin examinateur est prié de donner ses conclusions en ce qui concerne l'état physique et mental du candidat, ainsi que son aptitude pour le poste proposé)

Bon état physique et mental.
Apte.

Le médecin examinateur est prié de vérifier avant l'envoi du rapport que le questionnaire des pages 1 et 2 du présent formulaire a été complètement rempli par le candidat et que tous les résultats des examens demandés ont été portés sur le rapport. Tout rapport incomplet est laissé en instance et nécessite un échange de correspondance, source d'importants délais retardant le recrutement.

Nom du médecin examinateur (en caractère d'imprimerie): Adresse:	Dr Patrick CORREA 3, Av. des Ambassades DAKAR SENEGAL	Signature:  Date: <i>06-12-20</i>
--	--	--

Prière d'envoyer ce formulaire complété ainsi que la radiographie pulmonaire ou compte-rendu du radiologue sous pli cacheté « CONFIDENTIEL » par avion à: