

Date de l'examen médical:

Langue: Französisch

Numéro journalier:

**Questionnaire pour l'examen médical d'accueil des demandeurs d'asile
dans la ZAE Zirndorf (centre d'accueil centralisé)**

Prière de nous présenter ce questionnaire dûment rempli !

Prénom et nom de famille:.....

Date de naissance:.....

1. Est-ce que vous ou vos enfants souffrez de diarrhée et/ Oui Non
ou de vomissement? Oui Non

Si oui, depuis quand? 1 à 2 jours
 1 à 4 semaines
 plus de 4 semaines

2. Est-ce que vous souffrez d'essoufflement au repos et/ Oui Non
ou en activité? Oui Non

3. Est-ce que vous avez la toux? Oui Non
grasse?
sèche?

4. Est-ce que vous ou vos enfants souffrez de fièvre ou est-ce que vous avez la
suspicion d'une infection avec état de fièvre aiguë? Oui Non

5. Est-ce que vous avez noté un jaunissement de la peau et/ou des yeux chez vous ou
chez vos enfants? Oui Non

6. Est-ce que vous ou vos enfants avez des changements frappants de la peau?
 Oui Non

des cloques aqueuses

des pustules purulentes

des changements de couleur tavelés/extensifs

des ulcères/plaies

des bourgeons

des papules

des ecchymoses

des démangeaisons

.....

Si oui, où? (prière de le marquer dans l'illustration avec □)

7. Est-ce que vous avez noté chez vous ou vos enfants des enflures sous la peau, p.ex. au cou, au creux de l'aisselle ou à l'aîne?

Oui Non

Si oui, où? (prière de le marquer dans l'illustration avec ●)

8. Est-ce que vous avez perdu du poids ces derniers temps sans le vouloir?

Oui Non

9. Est-ce que vous ou vos enfants souffrez ou avez souffert de tuberculose?

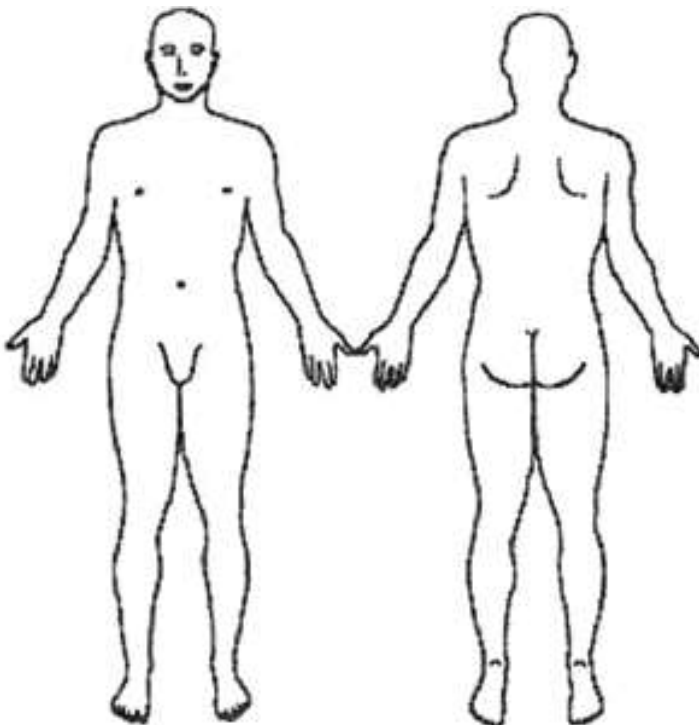
Oui Non

10. Est-ce que vous ou vos enfants souffrez de maladies chroniques?

Oui Non

Si oui, lesquelles?

.....



.....

Date

.....

Signature