



CFB Annexe Art. 7.6 Questionnaire médical V2 (F)

2. Pesez-vous plus de au moins 50 kg ?
6 d) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous pris de l'Avodart® ou Duodart® pour contre l'élargissement de la prostate ?
13. a) Avez-vous présenté au cours des - 6 mois précédents : <input type="checkbox"/> toxoplasmose <input type="checkbox"/> mononucléose infectieuse <input type="checkbox"/> amibiase <input type="checkbox"/> shigellose <input type="checkbox"/> FSME (méningo encéphalite à tiques) - 12 mois précédents : <input type="checkbox"/> bilharziose, <input type="checkbox"/> gonorrhée - 2 années précédentes : <input type="checkbox"/> ostéomyélite <input type="checkbox"/> fièvre rhumatismale <input type="checkbox"/> tuberculose, <input type="checkbox"/> fièvre récurrente <input type="checkbox"/> syndrome de Guillain-Barré <input type="checkbox"/> fièvre Q
b) Avez-vous déjà présenté l'une des maladies suivantes : <input type="checkbox"/> paludisme <input type="checkbox"/> maladie de Chagas <input type="checkbox"/> brucellose <input type="checkbox"/> échinococcose <input type="checkbox"/> leishmaniose <input type="checkbox"/> Lymphogranulome vénérien <input type="checkbox"/> filariose <input type="checkbox"/> fièvre Q <input type="checkbox"/> babésiose <input type="checkbox"/> Ebola <input type="checkbox"/> ou d'autres infections graves ? Si oui, lesquelles ? _____ Quand ? _____
14. Au cours des 4 derniers mois, avez-vous eu : <input type="checkbox"/> un tatouage, <input type="checkbox"/> un piercing, <input type="checkbox"/> une épilation électrique par aiguille , <input type="checkbox"/> des traitements cosmétiques tels que le maquillage permanent ou Microblading, <input type="checkbox"/> une gastro- coloscopie, <input type="checkbox"/> un traitement par acupuncture, <input type="checkbox"/> un contact avec du sang étranger (blessure par piqûre d'aiguille, éclaboussures de sang ayant atteint les yeux, la bouche ou d'autres parties du corps) ? Quand ? _____ Où ? _____
16. a) Est-ce qu'une ou plusieurs des situations à risque suivantes s'appliquent à vous ? <ul style="list-style-type: none">• Avez-vous changé de partenaire sexuel(le) au cours des 4 derniers mois ?• Avez-vous eu des rapports sexuels (protégés ou non) avec plus de deux personnes au cours des 4 derniers mois ?• Avez-vous eu des rapports sexuels sous l'influence de drogues de synthèse au cours des 12 derniers mois ?• Avez-vous eu des rapports sexuels pour lesquels vous avez reçu de l'argent ou d'autres prestations (drogues ou médicaments) au cours des 12 derniers mois ?• Avez-vous pris de la drogue par voie injectable?• Avez-vous déjà eu un test positif pour le HIV (sida), la syphilis ou la jaunisse (hépatite B ou C) ?• Avez-vous déjà eu la syphilis ?• Votre partenaire de vie, sexuel(le) ou de logement a-t-il/elle été atteint(e) d'une jaunisse (hépatite B ou C) au cours des 6 derniers mois ?• Votre partenaire sexuel(le) a-t-il/elle contracté le virus Zika au cours des 3 derniers mois ?