

CENTRE REGIONAL DES ŒUVRES
UNIVERSITAIRES ABIDJAN 2
(CROU-A2)



ANNEE UNIVERSITAIRE 2024-2025

Sous-Direction des Activités Sociales,
Culturelles et Sportives (SDASCS)

SERVICE MÉDICAL

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

IDENTITE

Nom :

Prénoms :

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Date et lieu de naissance :

N° de téléphone :

Adresse électronique :

Réseaux sociaux utilisés :

Identifiant CROU Abidjan 2 :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Médicaux

Asthme : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, quel traitement suivez-vous ?

Fréquence de crise : Mois Année

Médecin traitant :

Ulcère : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, avez-vous déjà fait des examens dans ce sens ? Lequel ?

Quand, avez-vous traité?

Il y a combien de temps de cela ?

Drépanocytose : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, quelle forme ?

Quel traitement

Fréquence des crises

Allergie : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, allergènes connus à préciser

Diabète : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, traitement à préciser

Alcool : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, quelle fréquence ?

Tabac : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, combien de cigarette par jour ?

Depuis combien de temps fumez-vous ?

Autres substances : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, la forme : Comprimé ☐ Herbes ☐ Poudre ☐ Injection ☐

Autres maladies à préciser :

Churigicaux

Avez-vous déjà été opéré ? : Oui ☐ Non ☐

Si Oui, de quoi

En quelle année ?

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

PERE :

Profession :

Adresse géographique :

Téléphone :

Vivant ☐ Décédé ☐ Hypertension ☐ Diabète ☐ Cancer ☐

Si décédé, Préciser la cause

MERE :

Profession :

Adresse géographique :

Téléphone :

Vivante ☐ Décédée ☐ Hypertension ☐ Diabète ☐ Cancer ☐

Si décédée, Préciser la cause

FRATRIE :

Nombre de frères et sœurs :

Âge à préciser :

Autonome ou en charge des parents :

Maladie à préciser :

Certifié Sincère et Signature