

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Le questionnaire médical complété ainsi que les résultats des éventuels examens complémentaires sont remis au médecin du travail en charge de l'examen médical le jour de cet examen.

MERCI DE BIEN VOULOIR COMPLETER **TOUTES** LES QUESTIONS.

Données personnelles

Nom.....

Prénom.....

Numéro de registre national.....

Adresse..... Numéro..... Boîte.....

Code postal..... Place.....

Lieu de naissance..... Date de naissance.....

Tel./GSM..... Profession.....

E-mail.....

Veuillez remplir ce questionnaire avec précision. Chaque question doit être complétée.

N'oubliez pas de consulter la liste des critères médicaux exclusifs en annexe 1.

L'annexe 2 reprend les éventuels rapports médicaux supplémentaires qui sont nécessaire selon les réponses apportées au présent questionnaire. Nous vous conseillons de consulter votre médecin traitant pour que les éventuels examens nécessaires puissent être réalisés de préférence avant l'examen médical et de disposer de l'ensemble des informations médicales utiles le jour de l'examen afin de ne pas ralentir les suites de votre procédure de sélection.

Séjour à l'hôpital

Avez-vous déjà séjourné à l'hôpital (également hospitalisation d'un jour) pour une mise en observation, un traitement médical, une opération ou un accident?

- Non
 Oui

Si oui, pour que(s) motif(s) et en quelle année. Veuillez mentionner le mois pour les hospitalisations de l'année dernière:

- a.mois/année.....
 b.mois/année.....
 c.mois/année.....
 d.mois/année.....

Maladies/affections

Cochez en noirissant la case si vous avez souffert ou si vous souffrez d'une des affections suivantes. Si vous avez répondu par "oui", veuillez préciser la date (jour et mois).

YEUX

Portez-vous des lunettes?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Portez-vous des lentilles de contact?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Portez-vous des lentilles de nuit?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Depuis
Avez-vous des lentilles intra-oculaires?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Depuis
Souffrez-vous d'un kératocone?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous une vue anormalement faible le soir ou la nuit?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous des problèmes concernant la vision des couleurs ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu une lésion oculaire ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà été opéré des yeux ?(par exemple une opération laser) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu un halo (éblouissement à la lumière des phares) après une opération au laser ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de diplopie ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous d'autres affections aux yeux?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Lesquelles.....

NEZ-GORGE-OREILLES

Souffrez-vous de saignement de nez?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année
-------------------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------

Souffrez-vous de troubles de l'équilibre ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu des sifflements à l'oreille (acouphènes) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Depuis
Avez-vous un appareil auditif (externe ou implant) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Depuis
Souffrez-vous régulièrement d'enrouement ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une autre affection ORL (nez-gorge-oreille) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle

PULMONAIRE

Souffrez-vous d'asthme où avez-vous souffert d'asthme ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous du rhume des foins?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous des allergies?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu la tuberculose?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de la sarcoïdose?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Depuis
Avez-vous déjà eu un pneumothorax ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de mucoviscidose ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une autre affection pulmonaire?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

CARDIOVASCULAIRE

Avez-vous une tension élevée?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous des troubles du rythme cardiaque?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous de palpitations cardiaques ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu une perte de connaissance (syncope)?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une angine de poitrine? (oppression thoracique)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous ou avez-vous déjà eu un aneurisme vasculaire?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu un infarctus ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous d'une autre affection cardiovasculaire?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

OESOPHAGE/ESTOMAC/INTESTINS

Avez-vous (déjà eu) une inflammation intestinale?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
---	---------------------------	---------------------------	------------

Avez-vous déjà eu un ulcère gastrique ou duodéal?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de la maladie de Crohn ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Depuis.....
Souffrez-vous d'une colite ulcéreuse ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Depuis.....
Avez-vous parfois du sang dans les selles ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous de diarrhée chronique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une autre affection digestive (œsophage-estomac-intestin) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

FOIE/VESICULE/PANCREAS

Êtes-vous diabétique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu une hépatite (jaunisse) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous d'une autre affection du foie/vésicule/pancréas?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

SYSTEME HORMONAL

Souffrez-vous d'hypothyroïdie?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'hyperthyroïdie?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une autre affection du système hormonal?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

UROGENITAL

Avez-vous (déjà eu) une affection rénale?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous des calculs rénaux/vésicaux?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous des protéines dans les urines?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous du sucre dans les urines?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous du sang dans les urines?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu une infection à papilloma virus HPV (pour les femmes)?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous d'une autre affection urogénitale?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

MALADIES DU SANG

Souffrez-vous d'anémie?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous des troubles de la coagulation?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	

Avez-vous déjà eu la leucémie? (cancer du sang)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu la malaria?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de thalassémie?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une autre maladie du sang?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

COU/DOS

Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de lombalgie ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous (déjà eu) une hernie discale?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une ischialgie (douleurs irradiantes du dos jusqu'aux pieds)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu un lumbago (blocage dans le bas du dos) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une fracture des vertèbres?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert des douleurs dans le haut du dos ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu un coup du lapin ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous (déjà eu) une douleur à la nuque/cou?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous d'une autre affection au cou/dos?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

MEMBRES INFÉRIEURS

Avez-vous déjà eu une inflammation de la hanche?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une lésion méniscale des genoux ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une lésion des ligaments croisés des genoux ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une lésion du cartilage des genoux ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une déchirure des ligaments de la cheville?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une inflammation du tendon d'Achille?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une déchirure du tendon d'Achille ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de douleurs articulaires aux membres inférieurs?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous de raideurs articulaires aux membres inférieurs?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà cassé votre cuisse, jambe, cheville ou pied ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Portez-vous des semelles orthopédiques ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Portez-vous une attelle au niveau des membres inférieurs ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Quelle

			articulation?
Souffrez-vous d'une autre affection des membres inférieurs?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

MEMBRES SUPERIEURS

Avez-vous déjà eu une luxation (déboitement) de l'épaule?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous d'épicondylite du coude (tennis elbow)?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de limitation de la mobilité du poignet?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous de limitation de la mobilité du pouce?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous de limitation de la mobilité des doigts?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous une inflammation au poignet ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu des fractures de la clavicule, du haut du bras, de l'avant-bras, du poignet, ou des doigts ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Portez-vous une attelle au niveau des membres supérieurs ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Quelle articulation?
Souffrez-vous d'une autre affection des membres supérieurs?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

CERVEAU ET NERFS

Avez-vous déjà eu une fracture du crâne ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une commotion cérébrale ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Êtes-vous déjà été dans le coma?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'épilepsie?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de sclérose en plaque?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous des névralgies?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous de tremblements des mains ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous des pertes de mémoire?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'apnées du sommeil?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous (déjà eu) des maux de tête violents ou fréquents ? (par exemple migraine)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de la maladie de Gilles de la Tourette ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une autre affection du cerveau ou des nerfs?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

MALADIES DE LA PEAU

Avez-vous déjà subi l'exérèse d'une lésion de la peau?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous de psoriasis?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une arthrite psoriasique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'une autre maladie de la peau?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....

PSYCHOLOGIE

Souffrez-vous de ADHD/ADD ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà eu une dépression?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu un burn-out?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'insomnie?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous (déjà eu) des idées suicidaires?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà fait une tentative de suicide?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous fait de l'automutilation?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous du syndrome de fatigue chronique?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous de fibromyalgie?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Souffrez-vous d'anxiété/angoisse?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà eu une psychose?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Souffrez-vous d'une autre affection psychologique/psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....
Avez-vous déjà séjourné dans un service psychiatrique?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Si oui, quand et de quelle durée ?			Année.....
Avez-vous déjà suivi un traitement psychologique ou psychiatrique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Si oui, quand et de quelle durée ?			Année.....

DIVERS

Souffrez-vous de troubles immunitaires?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	
Avez-vous déjà subi une transplantation d'organe?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....
Avez-vous déjà été traité d'une affection maligne (tumeur) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Année.....

Souffrez-vous d'une infection chronique?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Laquelle.....
Souffrez-vous d'autres allergies ou intolérances (p.e. allergie aux médicaments, intolérance alimentaire, ...) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	Lesquelles

Usage de médicaments

Cochez la case qui s'applique à vous et remplissez les lignes pointillées si nécessaire.

Je déclare par la présente:

- Être en bonne santé et ne prendre aucun médicament
- Être en bonne santé, mais avoir pris au cours de 14 derniers jours les médicaments suivants (**même s'il s'agit d'aspirine, de sirop pour la toux, de gouttes nasales, ...**):

1.

À cause de:.....

2.

À cause de:.....

3.

À cause de:.....

- Utiliser les médicaments suivants régulièrement:

1.

À cause de:.....

2.

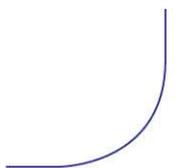
À cause de:.....

3.

À cause de:.....

Nombre moyen d'heures de sport par semaine

- 0 heures
- < 3 heures
- 3- 5 heures



Biométrie

Taille:

Poids:

Tabac/Alcool

1) Fumez-vous?

Non

Oui

Si oui, combien de cigarettes par jour?

2) Combien de verres d'alcool (bière, vin, spiritueux) consommez-vous habituellement par semaine ?

.....

Je jure sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Je sais qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner une exclusion comme candidat(e) pour une fonction au sein de la police ou en tant que membre du personnel de la police, un renvoi d'office.

Date:

Veillez retranscrire manuellement le paragraphe ci-dessus + signature du candidat

Cachet du médecin traitant

Signature du médecin traitant

Le traitement des données s'applique conformément à la loi sur la vie privée (loi du 8 déc. 1992 : Loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel) et son arrêté royal du 13 février 2001.

Vaccination

VACCIN	date	date	date	date	date
Hépatite A Epaxal [®] Havrix [®]					
Hépatite B Engerix-B [®] Fendrix [®] Hbvaxpro [®]					
Hépatite A/B Twinrix [®]					
Tétanos Tedivax Pro Adulto [®] Boostrix [®]					

Si vous avez été vacciné contre l'hépatite B, quel est votre taux d'anticorps :U/L.
Veuillez ajouter le rapport du labo.

Annexe 1 : Extrait¹ de l'AM du 21-11-2013, art. 1 – Extrait de l'annexe 4bis à l'arrêté ministériel du 28 décembre 2001.

LISTE DES CRITERES MEDICAUX EXCLUSIFS LES PLUS IMPORTANTS

Biométrie

. La taille minimale exigée est de 152 centimètres.

Maladies/Affections

YEUX

Est inapte, le candidat :

- qui n'obtient pas l'acuité visuelle minimale exigée, obtenue éventuellement au moyen d'une correction optique, de 8/10 pour chaque œil.
- qui n'obtient pas, en cas du port d'une correction optique, une acuité visuelle minimale exigée sans correction optique de 1/10 pour chaque œil.
- qui n'utilise qu'un seul œil fonctionnel.
- atteint par le kératocone.
- chez qui le champ visuel présente des défauts ou un rétrécissement.
- qui n'obtient pas une vision crépusculaire minimale exigée de 2/10 les deux yeux simultanément.
- qui ne réussit pas à apercevoir ou distinguer facilement les couleurs de base.

NEZ-GORGE-OREILLES

Est inapte, le candidat :

- chez qui la perte moyenne d'acuité auditive aux fréquences de 500, 1000 et 2000 Hertz, mesurée sans correction séparément pour chaque oreille, dépasse les 30 dBA.
- qui porte un appareil auditif (externe ou implant).

PULMONAIRE

Est inapte, le candidat :

- qui souffre d'une tuberculose évolutive.
- chez qui l'Index Tiffeneau ne s'élève pas de minimum 70.
- chez qui le FEV 1 (Forced Expiratory Volume) et/ou le PEF (Peak Expiratory flow) est diminué de 20 % ou plus et d'une manière irréversible.
- qui prend des corticoïdes per os ou des anticorps IgE.

CARDIOVASCULAIRE

Toutes les anomalies cardiaques congénitales ou acquises entraînant une diminution de la capacité d'effort, un risque de trouble du rythme cardiaque ou un risque anormal de développer une affection cardiaque précoce importante, conduisent à l'inaptitude.

¹ Cet extrait ne reprend que des critères médicaux qui mènent automatiquement à l'inaptitude. Vous trouverez la liste complète des critères médicaux dans l'annexe à l'arrêté ministériel du 21-11-2013 - annexe 4bis de l'AM du 28 décembre 2001. (MB : 6-12-2013)

Est inapte, le candidat :

- qui souffre d'une tension systolique supérieure à 180 mmHg et/ou une tension diastolique supérieure à 100 mmHg.
- qui souffre d'une affection présentant un risque accru de perte de conscience soudaine ou d'une défaillance des fonctions mentales brutale.
- qui souffre d'une insuffisance cardiaque chronique provoquant des troubles lors d'un effort physique normal (NYHA classe 2), une cardiomyopathie, une déficience congénitale du cœur et des vaisseaux coronariens, une déficience congénitale ou acquise des valvules (avec ou sans prothèse), une maladie ischémique du cœur due à une déficience des artères coronaires.
- qui présente des troubles graves du rythme cardiaque ou de la conduction atrio-ventriculaire.
- à qui on a implanté un stimulateur cardiaque.
- à qui on a implanté un défibrillateur.
- atteint d'angine de poitrine qui survient au repos, à la moindre émotion ou en présence d'un autre facteur déclenchant important.
- atteint d'altérations importantes du myocarde, de séquelles dûment constatées d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement, de signes manifestes d'une affection coronarienne et d'une insuffisance cardiaque.

FOIE/VESICULE/PANCREAS**Est inapte, le candidat :**

- qui prend des corticoïdes per os ou des anticorps IgE.
- qui souffre d'insuffisance hépatique.
- atteint de diabète sucré traité à l'insuline.
- atteint de diabète sucré traité aux médicaments oraux hypoglycémiantes qui, à dose thérapeutique, risquent de provoquer de l'hypoglycémie.
- qui porte une pompe à insuline.

UROGENITAL**Est inapte, le candidat :**

- qui souffre d'insuffisance rénale sévère.
- qui a subi une transplantation rénale.
- qui a une stomie artificielle.

MEMBRES INFÉRIEURS**Est inapte, le candidat :**

- avec une perte anatomique ou fonctionnelle de la totalité ou d'une partie d'un (des) membre(s) inférieur(s).
- avec une altération de la mobilité des articulations des membres inférieurs s'il s'avère que cette limitation empêche l'exécution normale des tâches.

MEMBRES SUPÉRIEURS**Est inapte, le candidat :**

- avec une perte anatomique ou fonctionnelle d'une partie ou de la totalité d'un membre supérieur.
- avec une altération de la mobilité des articulations du membre supérieur s'il s'avère que cette limitation empêche l'exécution normale des tâches.
- avec une perte de la capacité à saisir d'une main.

AFFECTIONS DÉGÉNÉRATIVES

. Toutes les affections dégénératives musculaires, tendineuses, ligamentaires, ostéo-articulaires ou les affections rhumatismales qui conduiront à l'impossibilité de répondre aux exigences fonctionnelles de la profession mènent à l'inaptitude.

CERVEAU ET NERFS

. Chaque affection de la boîte crânienne entraînant des troubles neurologiques ou compromettant l'exécution des tâches normales conduit à l'inaptitude.

Est inapte, le candidat :

- atteint d'épilepsie, en dépit qu'il ait ou non subi une chirurgie cérébrale curative, est inapte.
- souffrant de somnolence pathologique ou de troubles de la conscience suite au syndrome de narcolepsie/cataplexie ou du syndrome d'apnée du sommeil.
- avec une déficience du système nerveux central ou périphérique susceptible de provoquer un trouble aigu des fonctions cérébrales exposant le candidat à une perte de conscience ou une défaillance.
- dont les capacités fonctionnelles, sensorielles, cognitives ou locomotrices sont atteintes suite à une intervention chirurgicale en raison d'une affection intracrânienne.
- qui a présenté une affection cérébro-vasculaire.
- atteint d'une affection neurologique évolutive influençant les capacités fonctionnelles, pour autant que cette affection puisse compromettre l'exécution des missions opérationnelles en toute sécurité.

AFFECTIONS PSYCHIATRIQUES

Est inapte, le candidat :

- qui souffre de la maniaco-dépressivité.
- qui souffre de la schizophrénie.
- qui souffre des troubles de la personnalité compromettant la capacité de jugement.

Usage de médicaments

Est inapte, le candidat :

- qui est en état de dépendance de substances psychotropes ou qui en fait une consommation excessive sans toutefois être en état de dépendance.
- qui consomme régulièrement des substances psychotropes, sous quelque forme que ce soit, susceptibles de compromettre son aptitude à l'exercice de sa fonction, ou qui en absorbe une quantité telle qu'elle exerce une influence néfaste sur le comportement.
- qui consomme tout autre médicament ou association de médicaments qui exerce une influence néfaste sur la perception, l'humeur, l'attention, la psychomotricité et la capacité de jugement.

Alcool

. Le candidat en état de dépendance d'alcool, ou qui ne peut s'abstenir de consommer de l'alcool est inapte.

Veuillez retranscrire manuellement la phrase ci-dessous :

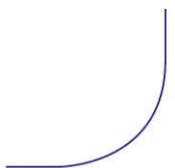
“Je déclare avoir lu l’annexe 1 au questionnaire médical. Je suis conscient que si je corresponds à un des critères médicaux exclusifs, je serai déclaré inapte médicalement “

.....

.....

.....

Date: Signature :.....



ANNEXE 2 AU QUESTIONNAIRE MEDICAL

Pendant la visite médicale, une série de paramètres médicaux seront vérifiés pour permettre au médecin du travail de se faire une idée générale de votre santé. Sur base de cette analyse, il prendra une décision pour déterminer si vous êtes aptes ou non à exercer une fonction opérationnelle au sein de la police. Les paramètres médicaux ainsi que les principaux points à prendre en considération sont mentionnés ci-dessous. Pour le bon déroulement de l'évaluation médicale préalable, nous vous conseillons de parcourir ces points et d'entreprendre les démarches nécessaires afin d'y satisfaire. Veuillez fournir les documents demandés au médecin du travail lors de l'examen médical. Vous pouvez consulter la liste complète des critères médicaux sur le site internet www.jobpol.be en sélectionnant 'jobs en uniforme-procédure de sélection-épreuve médicale'.

En quoi consiste l'évaluation médicale préalable ?

- **contrôle biométrique:** mesure de la taille et du poids. La taille minimale exigée est de 152 cm. Si vous mesurez moins de 152 cm vous serez déclaré inapte. L'indice de masse corporelle (IMC : le poids exprimé en kilogrammes divisé par le carré de la taille exprimé en mètres) doit se situer entre 17 et 30. Si votre IMC est supérieur à 30 vous serez déclaré temporairement inapte jusqu'à ce que votre IMC descende en-dessous de 30. Si l'IMC dépasse 30 en raison d'une masse musculaire élevée, le pourcentage de masse grasse sera mesuré. Si cette mesure est normale, alors un IMC supérieur à 30 ne posera aucun problème.

- **examen de la vue:** Une acuité visuelle minimale de 8/10 pour chaque œil séparé est exigée.

Le port de lunettes ou de lentilles est autorisé. Dans ce cas, l'acuité visuelle est également mesurée sans lunettes ou lentilles et doit atteindre au minimum 1/10 pour chaque œil séparé. Les couleurs de base (rouge, jaune et vert) doivent être distinguées facilement. Le candidat doit présenter une vision de nuit de 2/10 les deux yeux ensemble. Le champ visuel ne peut présenter ni défaut, ni rétrécissement. Les candidat(e)s qui portent des lentilles doivent apporter leur étui et leur liquide pour lentilles de contact.

Si vous n'êtes pas certain de répondre à ce critère, nous vous conseillons de consulter un ophtalmologue et d'acquiescer ou adapter les corrections éventuelles. Si vous ne répondez pas à ce critère, vous serez déclaré inapte. Une opération des yeux au laser ainsi que des lentilles intraoculaires sont autorisées.

- **examen de l'acuité auditive:** Nous conseillons de ne pas vous exposer aux bruits intenses les jours précédents (p.e un concert). La perte moyenne d'acuité auditive aux fréquences de 500, 1000 et 2000 Hertz, mesurée sans appareil auditif, séparément pour chaque oreille, ne peut pas dépasser les 30 dBA. En cas d'une perte auditive supérieure à 30 dBA vous serez déclaré inapte. Le port d'un appareil auditif (externe ou implant) n'est pas autorisé.

- **examen des urines:** Nous examinons e.a. la présence de sucre, des protéines et de sang dans les urines. Un contrôle urologique sera nécessaire en cas de présence de protéines et de sang dans les urines. Les candidates qui pourraient être indisposées le jour de l'examen médical peuvent apporter les résultats d'un examen des urines, réalisé maximum deux semaines avant l'examen médical. Un rapport médical sera demandé dans le cas d'une présence physiologique de globules rouges dans les urines. Un contrôle du diabète devra être effectué en cas de présence de sucre (glycémie à jeun et Hba1C). Veuillez emporter avec vous le résultat de ce contrôle.

- **examen clinique:** Chaque candidat est subi à un examen médical de base. En fonction des antécédents médicaux des examens complémentaires peuvent être réalisés. Les candidat(e)s qui ont été opéré(e)s l'année précédente, qui ont souffert d'une maladie grave ou qui souffrent d'une maladie chronique doivent apporter un rapport médical d'un contrôle récent (datant au maximum de 6 mois avant la visite médicale). La tension artérielle ne peut pas dépasser 140/90 mm HG. Si votre tension est trop élevée, vous serez déclaré(e) temporairement inapte jusqu'à ce

que votre tension soit bonne. Un traitement médicamenteux de la tension est autorisé. Une affection de la glande thyroïde (p.e. une hypothyroïdie) doit être bien réglée avec des médicaments hormonaux. Un contrôle au labo (datant au maximum

d'un an avant l'examen médical) sera demandé à l'examen médical. L'asthme doit être bien traité. En cas (d'antécédent) d'asthme, un rapport médical mentionnant les résultats des épreuves fonctionnelles respiratoires de base récentes (datant au maximum de 6 mois avant la visite médicale) (tableaux et graphiques y compris) est indispensable. Les fractures, entorses et luxations doivent être guéries pour être déclaré apte médicalement. Si ce n'est pas le cas vous serez déclaré temporairement inapte. En cas de souffle cardiaque ou d'antécédents de problèmes cardiaques, vous devrez apporter un rapport médical d'un contrôle chez un cardiologue, avec entre autres les résultats d'une échocardiographie et de tests d'efforts. La présence d'épilepsie et de diabète avec prise d'insuline entraînent une inaptitude médicale. Les candidats qui souffrent de diabète traité par des médicaments peuvent être déclarés apte médicalement si le diabète est bien réglé. Ils doivent apporter le résultat d'un contrôle de la glycémie à jeun et de HbA1c, datant au maximum de 3 mois avant la visite médicale. Le candidat qui a été touché par un cancer doit être en rémission complète pendant au moins un an après la fin du traitement. Il doit apporter un rapport médical d'un contrôle récent (datant au maximum de 6 mois avant la visite médicale) mentionnant également le résultat d'un test à l'effort maximal. Les candidats qui ont beaucoup de taches de beauté doivent apporter un rapport d'un contrôle chez un dermatologue.

- **électrocardiogramme** : cet examen est réalisé chez les candidat(e)s de 50 ans et plus ou quand il y a des indications médicales.

- **prise de sang** : ceci est fait uniquement quand il y a des indications médicales. Il n'est pas nécessaire de rester à jeun.

Nous vous conseillons d'apporter les rapports médicaux lors de l'examen médical. Le cas échéant, vous serez dans l'obligation de nous les transmettre par la suite. Ce qui ralentira votre procédure de sélection. Vous serez déclaré inapte médicalement si vous ne répondez pas aux critères médicaux ou si il est impossible d'y satisfaire après adaptation de votre état médical.

Veillez retranscrire manuellement la phrase ci-dessous :

“Je déclare avoir lu et compris l'annexe 2 au questionnaire médical. “

.....
.....

Date:

Signature