

**Avis au médecin qui effectue l'examen médical :**

Votre patient a posé sa candidature pour le programme Sar-El. S'il est admis, **le candidat participera à un programme de travail** en Israël. Les conditions de vie risquent d'être rigoureuses : lits de camp, pas d'air climatisé en été et chauffage minimal en hiver. Le travail en question peut exiger que le candidat travaille à l'extérieur au soleil, lève des poids de façon répétitive, se penche souvent et qu'il passe beaucoup de temps debout. En plus, **le volontaire devra faire face aux conditions sociales liées à la vie en groupe.**

**Il est essentiel que nous n'acceptons que les candidats capables de supporter de telles conditions, tant physiquement que psychologiquement.**

**Si vous nous recommandez d'admettre votre patient en dépit de vos doutes quant à sa capacité de compléter le programme de travail, vous ne lui rendrez pas service.**

Nom du candidat \_\_\_\_\_

Veuillez écrire en lettres moulées.

Date de naissance \_\_\_\_\_ taille \_\_\_\_\_ poids \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux et examen physique**

Je traite le candidat depuis \_\_\_\_\_ ans.

Le candidat a-t-il des antécédents de :

Problèmes d'yeux, d'oreilles, de nez, de gorge? ... Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Apnée du sommeil? \_\_\_\_\_ usage d'un appareil CPAP? \_\_\_\_\_

Maladies cardiovasculaires et/ou pulmonaires, d'angine, d'hypertension artérielle ou d'autres maladies apparentées? ... Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Pression sanguine \_\_\_\_\_ électrocardiogramme (obligatoire après 60 ans) normal \_\_\_\_\_ anormal \_\_\_\_\_

Le candidat souffre-t-il d'asthme? \_\_\_\_\_ d'emphysème? \_\_\_\_\_ À quel degré (faible, modéré, grave)  
oui/non oui/non

Allergies connues : \_\_\_\_\_

Si le candidat souffre d'allergies, quels médicaments prend-il pour les maîtriser? \_\_\_\_\_

Le candidat souffre-t-il de :

Troubles gastro-intestinaux? Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Hernie? \_\_\_\_\_ Troubles urinaires-génitaux? \_\_\_\_\_

Maladies transmises sexuellement? \_\_\_\_\_

Diabète? \_\_\_\_\_ Troubles endocriniens? \_\_\_\_\_ thyroïdiens? \_\_\_\_\_

Troubles dermatologiques? \_\_\_\_\_

Problèmes de dos et de membres, présents ou passés? \_\_\_\_\_

Le candidat est-il en mesure de porter ses propres bagages, de lever des poids et de se pencher sans difficulté?

\_\_\_\_\_sinon, expliquez \_\_\_\_\_  
oui/non

Le candidat:

Prend-il présentement, ou a-t-il déjà pris, des médicaments pour une période prolongée? \_\_\_\_\_  
oui/non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Est-il allergique à certains médicaments? \_\_\_\_\_ Si oui, précisez \_\_\_\_\_  
oui/non

Le vaccin contre le tétanos est-il à jour? \_\_\_\_\_  
oui/non

### PROFIL PSYCHOLOGIQUE

Nous apprécierions votre évaluation de la stabilité émotionnelle du candidat dans le contexte du programme.

Le candidat a-t-il des antécédents de troubles psychiques, de dépression ou d'autres problèmes psychologiques?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Si oui, précisez \_\_\_\_\_

Si, à votre connaissance, le candidat a été suivi par un psychiatre ou un psychologue, veuillez l'indiquer.

Le candidat est-il habitué aux : médicaments qui créent l'accoutumance? \_\_\_\_\_ tranquillisants? \_\_\_\_\_  
oui/non oui/non

### DÉCLARATION DU CANDIDAT

Je déclare avoir fait part à mon médecin de tout renseignement pertinent, y compris toute information relative à des traitements psychiatriques en cours ou antérieurs. Je reconnais que toute information non divulguées peut entraîner mon renvoi du programme.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
candidat

### DÉCLARATION DU MÉDECIN

Suite à mon examen du patient nommé ci-dessus et selon la déclaration du candidat, je

**considère    ne considère pas**

s.v.p. encerclez une seule réponse

**le candidat comme étant physiquement et émotionnellement apte à participer au programme Sar-EI décrit ci-dessus.**

Signature \_\_\_\_\_ M.D. Date \_\_\_\_\_  
médecin

En lettres moulées \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
médecin

Adresse \_\_\_\_\_

Si vous avez d'autres commentaires, veuillez les inscrire sur une autre feuille, l'initialiser et la joindre à ce formulaire. Nous vous remercions de votre collaboration.