

EXAMEN MÉDICAL

NOM _____

DATE DE NAISSANCE J _____ M _____ A _____

CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

J'AUTORISE LA DIVULGATION DU PRÉSENT RAPPORT MÉDICAL ET TOUT RENSEIGNEMENT PERTINENT FOURNI PAR MON MÉDECIN AU CONSEIL DE LA MAGISTRATURE.

SIGNATURE _____

DATE _____

TROUBLES MÉDICAUX ACTUELS

(VEUILLEZ PRÉCISER TOUT TROUBLE MÉDICAL POUR LEQUEL LE CANDIDAT SUBIT UN TRAITEMENT)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

(VEUILLEZ PRÉCISER TOUTE MALADIE OU CHIRURGIE IMPORTANTE ET INCLURE LES PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES, S'IL Y A LIEU)

MÉDICAMENTS

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

(VEUILLEZ PRÉCISER TOUTE MALADIE HÉRÉDITAIRE OU GÉNÉTIQUE)

EXAMEN PHYSIQUE

GRANDEUR _____ POIDS _____ TENSION ARTÉRIELLE _____

TÊTE ET COU _____

APPAREIL RESPIRATOIRE _____

SYSTÈME CARDIOVASULAIRE _____

ABDOMEN _____

SYTÈME NERVEUX CENTRAL _____

APPAREIL LOCOMOTEUR _____

RÉSUMÉ

LE CANDIDAT EST-IL EN BON ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE?

SIGNATURE _____

(TAMPON DU MÉDECIN)

CE RAPPORT EST STRICTEMENT CONFIDENTIEL. PRIÈRE DE L'ENVOYER DIRECTEMENT À :

**Judicial Council of the Provincial Court of Newfoundland and Labrador
Office of the Chief Judge
Box 68, Atlantic Place
215 Water Street
St. John's, NL A1C 6C9**