

RAPPORT D'EXAMEN MÉDICAL

NOTE : Le rapport d'examen médical est valide s'il est fait entre février et août de la présente année.
Pour faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

SECTION 1. À REMPLIR ET SIGNER PAR LE CANDIDAT

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT		
NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
ADRESSE (NUMÉRO, APPARTEMENT, RUE)		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE	MOIS D'EXPIRATION	ANNÉE D'EXPIRATION
SIGNATURE		DATE (AAAA-MM-JJ)

SECTION 2. ET 3. À REMPLIR ET SIGNER PAR LE MÉDECIN

2. EXAMEN MÉDICAL	
NOTE : SE RÉFÉRER AU DOCUMENT : MEDICAL ÉVALUATIONS OF CANDIDATES, DU NFPA 1582 SUR LE SITE WWW.CORTLANDCOUNTYFIRE.ORG/NFPA%201582.PDF	
VEUILLEZ ÉVALUER TOUS LES POINTS SUIVANTS SUR LE PATIENT :	
<input type="checkbox"/> Tête et cou (6.3) <input type="checkbox"/> Oreilles et audition (6.5) <input type="checkbox"/> Nez, oropharynx, trachée, œsophage et larynx (6.7) <input type="checkbox"/> Poumons et paroi thoracique (6.8) <input type="checkbox"/> Cœur et système vasculaire (6.9) <input type="checkbox"/> Organes abdominaux et système gastro-intestinal (6.10) <input type="checkbox"/> Système reproductif (6.11) <input type="checkbox"/> Système urinaire (6.12) <input type="checkbox"/> Colonne vertébrale et squelette axial (6.13)	<input type="checkbox"/> Extrémités (6.14.1), luxation, amputation, etc. <input type="checkbox"/> Troubles neurologiques (6.15) <input type="checkbox"/> Peau (6.16) <input type="checkbox"/> Sang et organes hématopoïétiques (6.17) <input type="checkbox"/> Endocrinien et troubles métaboliques (6.18) <input type="checkbox"/> Maladies systémiques et conditions diverses (6.19) <input type="checkbox"/> Tumeurs malignes (6.20) <input type="checkbox"/> Conditions psychiatrique (6.21) <input type="checkbox"/> Produits chimiques, drogues ou médicaments (6.22)
SUIVE AUX EXAMENS, LE PATIENT DEVRAIT ÊTRE APTE À RÉPONDRE AUX NORMES PRESCRITES PAR LE NFPA 1582 POUR PRATIQUER LE MÉTIER DE POMPIER? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Recommandations du médecin traitant	
APRÈS AVOIR PROCÉDÉ À L'EXAMEN, VOICI MES RECOMMANDATIONS:	
<input type="checkbox"/> JE NE VOIS AUCUN INCONVÉNIENT MÉDICAL À CE QUE LE PATIENT SUSMENTIONNÉ S'INSCRIVE À LA FORMATION DE POMPIER À L'ACADÉMIE DES POMPIERS EN PRÉVISION D'EN FAIRE UN MÉTIER.	
APRÈS AVOIR PROCÉDÉ À L'EXAMEN, VOICI MES RECOMMANDATIONS:	
<input type="checkbox"/> JE NE PEUX PAS RECOMMANDER AU PATIENT SUSMENTIONNÉ DE PRATIQUER LE MÉTIER DE POMPIER POUR LES RAISONS SUIVANTES : _____ _____ _____ _____ _____	
COMMENTAIRES	
DIAGNOSTIC ET DÉTAILS _____ _____	
3. IDENTIFICATION DU MÉDECIN	
NOM, PRÉNOM	NUMÉRO DE PERMIS D'EXERCICE
ADRESSE (NUMÉRO, RUE, BUREAU, VILLE, PROVINCE, CODE POSTAL, PAYS)	
SPÉCIALITÉ	DATE DE L'EXAMEN (AAAA-MM-JJ)
SIGNATURE	DATE (AAAA-MM-JJ)