

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL (version 10/12/2025)

### Identité du patient

Nom, prénom : .....  
Né(e) le .....  
Nationalité : .....

### Grossesse

Enceinte ?  Non  Oui, terme prévu le : .....  
Grossesse à risques ?  Non  Oui  
PMA en cours ?  Non  Oui, fin du traitement prévue le : .....

### Pathologie et traitement médical

Type de pathologie : .....

Soins prévus en Belgique :

- Hospitalisation ?  Non  Oui, du ..... au .....

- Intervention chirurgicale ?  Non  Oui, le : .....

- Examens prévus, suivi et/ou médication : .....

.....

.....

- Rendez-vous prévus :

Date : ..... Spécialiste : .....

Date : ..... Spécialiste : .....

Date : ..... Spécialiste : .....

Est-ce que les soins peuvent être continués au pays d'origine ?

Non car .....

.....

(mentionnez la source documentaire ou les coordonnées de la personne-autorité de référence)

Oui

Inconnu

### Voyage

Est-ce que l'intéressé(e) peut rentrer au pays ?

Non, voyage impossible avant le .....

Oui

Est-ce qu'un retour au pays exposerait la personne concernée à un risque important de détérioration grave et irréversible de son état de santé ?

Non

Oui car .....

.....

**Date, signature et cachet du médecin :**

L'Office des étrangers se réserve le droit de faire procéder à la vérification de l'état de santé de l'étranger(ère) en cause par un médecin désigné par l'administration.

*Avec l'accord de l'intéressé(e), un rapport médical plus détaillé peut nous être envoyé en plus du présent certificat à nous renvoyer dûment complété (loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient).*