

NOM ET PRENOM: ENTREPRISE:
 DATE DE NAISSANCE: NUMERO DE L'EMPLOYEUR:
 NUMÉRO NATIONAL:

Questionnaire medical

Le but de notre examen de médecine du travail est de vous éviter d'effectuer un travail qui peut nuire à votre santé. Le présent questionnaire a été composé pour obtenir ce but. Nous vous demandons de le remplir de la manière la plus complète possible. Vos réponses seront traitées de manière strictement CONFIDENTIELLE et intégrées à votre dossier médical.

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS

<i>Entreprise</i>	<i>Nature du travail</i>	<i>Période</i>
1.
2.
3.
4.

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Y a-t-il des personnes de votre famille qui souffrent ou ont souffert:

- d'asthme :
- d'eczéma :
- du rhume des foins :
- de diabète :

QUESTIONNAIRE PERSONNELS

Questionnaire	Oui	Non	Commentaire
- Fumez-vous ou avez-vous fumé?			
- Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué un sport?			
- Consommez-vous de l'alcool?			
- Consommez-vous des drogues?			
- Souffrez-vous d'infirmités ou d'affections congénitales?			
- Avez-vous déjà été victime d'un accident? (sur le chemin du travail, à la maison, au travail; commotion cérébrale, fractures, autres lésions?)			
- Avez-vous déjà été déclaré(e) invalide? Si oui, à combien de %? %			
FACULTES SENSORIELLES			
- Portez-vous des lunettes ou des lentilles?			
- Êtes-vous atteint(e) d'une maladie des yeux?			
- Avez-vous eu une maladie auriculaire? Oreille qui coule,...			
- Avez-vous été exposé(e) au bruit très fort durant votre travail?			
SYSTEME RESPIRATOIRE			
- Êtes-vous souvent enrhumé(e)?			
- Toussez-vous fréquemment?			
- Souffrez-vous de l'asthme?			
- Avez-vous déjà souffert du rhume des foins?			
- Avez-vous eu une autre maladie pulmonaire?			
GLANDE THYROÏDE			
- Avez-vous souffert/Souffrez-vous d'une affection thyroïdienne?			
- Souffrez-vous de diabète?			



AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES			
- Avez-vous souffert d'une maladie du coeur?			
- Vous est-il arrivé d'éprouver une sensation d'oppression dans la poitrine en faisant un effort physique?			
ABDOMEN			
- Avez-vous une affection gastrique ou intestinale?			
- Avez-vous eu une maladie du foie (jaunisse, calculs biliaires, etc.)?			
- Avez-vous eu une maladie des reins ou de la vessie?			
- A-t-on déjà constaté une présence anormale d'albumine, de glucose ou de sang dans votre urine?			
- Etes-vous enceinte?			
SYSTEME NERVEUX			
- Souffrez-vous de syncopes?			
- Souffrez-vous de vertiges?			
- Souffrez-vous d'épilepsie?			
- Etes-vous en traitement chez un psychologue / psychiatre ? (ou l'avez-vous été?)			
SYSTEME OSSEUX			
- Avez-vous fréquemment mal au dos?			
- Avez-vous régulièrement des douleurs musculaires ou articulaires?			
- Avez-vous eu une hernie inguinale?			
PEAU			
- Avez-vous déjà souffert d'éruptions cutanées suite à un contact avec certaines substances?			
- Avez-vous déjà suivi un traitement pour des affections cutanées?			
DIVERS			
- Est-ce que vous avez été hospitalisé(e) pour l'une des affections précédemment citées?			
- Prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui, lesquels?			
- Suivez-vous un régime? Si oui, lequel?			
- Etes-vous atteint(e) d'une maladie autre que celles citées plus haut?			

VACCINATIONS	Yes	No
- le tétanos	Quand:	
- la rubéole	Quand:	
- l'hépatite A: nom du vaccin:	Quand:	
	1°	
	2°	
	3°	
- l'Hépatite B: nom du vaccin:	Quand:	
	1°	
	2°	
	3°	
	Rappel:	
Avez-vous subi un prélèvement sanguin pour déterminer les anticorps pour l'hépatite B ?	Quand: Valeur:	
Avez-vous subi un test de tuberculose ?	Quand:	

Je déclare avoir répondu aux questions ci-dessous au mieux de mes connaissances et en toute sincérité :

DATE:

LIEU:

SIGNATURE :



Formulaire à compléter par le(s) parent(s) / le tuteur de personnes de moins de 18 ans

Un(des) vaccins et/ou un test de tuberculine peuvent être pratiqués à l'occasion de l'examen de santé dans la mesure où, des résultats de l'analyse des risques, il ressort qu'un risque pourrait se présenter durant le stage ou au travail.

Le refus de se soumettre à ce test / ce(s) vaccin(s) risque d'impliquer que le jeune ne sera pas autorisé sur le lieu de stage / d'emploi.

Pour les personnes de moins de 18 ans, le(s) parent(s) ou le tuteur doivent accorder leur autorisation en vue du test / du(des) vaccin(s) mentionnés ci-dessus.

VACCINATION / TEST	Nom du vaccin	D'accord	Pas d'accord	Motif du refus

(*) cocher la mention qui s'applique

Le soussigné,, parent/ tuteur (°) de accorde son autorisation afin que le test de tuberculine et/ou du(des) vaccin(s) mentionnés ci-dessus soient pratiqués sur son fils/ sa fille (°) dans la mesure où, des résultats de l'analyse des risques, il ressort qu'un risque pourrait se présenter durant le stage ou au travail.

(*) biffer les mentions inutiles

Signature:

Date:

