

QUESTIONNAIRE MEDICAL PERSONNEL JOBISTE/INTERIMAIRE/STAGIAIRE

Veuillez envoyer ce questionnaire complété et signé au bureau régional **spmt arista**, à l'attention du médecin du travail / le transmettre au médecin du travail (barrer ce qui ne convient pas). Ce questionnaire personnel est strictement confidentiel. Il est couvert par le secret professionnel médical.

Données administratives et générales

<p>N° registre national:</p> <p>Nom + Prénom:</p> <p>Adresse:</p> <p>Tél/gsm:</p> <p>E-mail:</p> <p>Sexe: h / f</p>	<p>Nom employeur/bureau intérimaire: Administration Communale de Farciennes</p> <p>Adresse employeur/bureau intérimaire Rue de la liberté 40 6240 Farciennes</p> <p>Fonction: Jobiste</p> <p>Médecin de famille: (nom/commune)</p>
---	--

Administratif – Lieu de travail (si différent)

Nom: _____ Tél/fax: _____

Adresse: _____

Date début: _____

Médical – Antécédents des affections par système

Souffrez-vous / avez-vous souffert des affections suivantes:

	Non	Oui
Système respiratoire (<i>asthme, bronchite, tuberculose, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle?		
Système osseux (<i>arthrose, inflammations, douleurs, rhumatisme, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle, quand? quelle est la situation actuelle?		
Glandes (<i>thyroïde, diabète, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle?		
Coeur et vaisseaux (<i>tension, maladies du coeur, varices, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle, quand? quelle est la situation actuelle?		
Maladies de la peau (<i>acné, eczéma, gerçures, psoriasis, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle?		
Voies digestives (<i>gastrite, problèmes de foie ou de bile, maladies intestinales, aigreurs, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle?		
Voies urinaires (<i>problèmes de vessie, maladies des reins, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle?		
Maladies du système nerveux (<i>burn-out, dépression, épilepsie, paralysie, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle?		
Maladies du système sensoriel (<i>ouïe, vue, équilibre, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle?		
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle?		
Uniquement pour les personnes du sexe féminin		
Souffrez-vous d'une affection gynécologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médical – Personnel

	Non	Oui
Etes-vous en bonne santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non, de quoi souffrez-vous?		
Avez-vous consulté un médecin au cours de l'année passée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi?		
Avez-vous une invalidité ou un défaut physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle?		
Avez-vous déjà été opéré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, de quoi et quand?		
Avez-vous déjà eu un accident avec blessures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, quel type d'accident et quand?		
Etes-vous allergique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à quoi?		
Prenez-vous des médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels?		
Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien et depuis combien de temps?		
Consommez-vous de l'alcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, combien de verres par jour? Et quel alcool?		
Consommez-vous des drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles et à quelle fréquence?		
Pratiquez-vous un sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel et à quelle fréquence?		

Médical – Vaccinations

	Non	Oui
Etes-vous vacciné		
Tétanos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Date dernière vaccination		
...../...../.....		
Doit être en ordre de rappel !!!		
Hépatite A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (spécifier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...../...../.....		
Screening tuberculose		
Test intradermo		
Date dernier screening		
...../...../.....		
Si oui, avez-vous réagi positivement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous été traité (radio poumons, médicaments)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test intradermo		
...../...../.....		
Souhaitez-vous rencontrer le médecin du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le (la) soussigné(e) déclare que ce questionnaire a été rempli conformément à la vérité.
 Il/Elle apporte les rapports médicaux importants (carte de vaccination, opérations, traitements) à la consultation.

Date

Signature

...../...../.....