

# Questionnaire médical personnel actes médicaux complémentaires



(QMP AMC)

Vous pouvez retrouver votre médecin du travail via le lien suivant avec votre e-ID, une initiative commune des services externes <https://www.seed-connect.be>. Vous avez toujours le droit à une consultation spontanée auprès de votre médecin du travail afin de discuter de problèmes de la santé liés au travail.

Nom employeur : .....

N° NISS travailleur : .....

Date de naissance : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  M  F  X

<b>Choisissez toujours la réponse qui correspond le mieux à votre situation.</b>					
	<b>excellent</b>	<b>très bon</b>	<b>bon</b>	<b>correct</b>	<b>mauvais</b>
<b>1.</b> Comment jugez-vous votre état de santé en général ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>0 jour</b>	<b>&lt; 1 s</b>	<b>1 s - 1 m</b>	<b>1 m - 3 m</b>	<b>&gt; 3 m</b>
<b>2.</b> Combien de jours avez-vous été malade au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>oui</b>	<b>non</b>			
<b>3.</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été traité pour la première fois pour :					
a) épilepsie (chutes) ou convulsions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) maladies du cœur ou problèmes sévères de tension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) perte de connaissance ou coma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) fatigue anormale ou tendance à dormir pendant le travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) une autre maladie grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<b>jamais</b>	<b>rarement</b>	<b>parfois</b>	<b>souvent</b>	<b>(presque) toujours</b>
<b>4.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une maladie ou une blessure qui vous a empêché de travailler ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des problèmes de santé qui sont apparus ou qui se sont aggravés à cause du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Choisissez toujours la réponse qui correspond le mieux à votre situation.**

	très satisfait	parfois satisfait	neutre	insatisfait	très insatisfait
6. A propos de votre travail en général: dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre travail dans son ensemble et tout considéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jamais	rarement	parfois	souvent	(presque) toujours
7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti une douleur ou une pression dans la poitrine ou dans la région du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de vertiges sévères ou de problèmes d'équilibre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des troubles respiratoires tels que nez bouché, toux, respiration sifflante, oppression, essoufflement éventuellement causés par une exposition à des produits chimiques, à la poussière, à la fumée ou au froid au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des problèmes de peau comme des rougeurs, des démangeaisons, une déshydratation, une desquamation qui pourraient avoir été causés par une exposition à des produits chimiques au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des fourmillements ou un engourdissement des mains pendant ou après le travail avec des appareils vibrants, choquants ou lancinants et ce, pendant plus de 20 minutes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous souffert de douleurs dorsales sévères nécessitant un traitement, pendant ou après la conduite ou l'utilisation de machines ou de véhicules vibrants, choquants ou lancinants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	jamais	rarement	parfois	souvent	(presque) toujours
13. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti des douleurs sévères nécessitant un traitement et qui sont selon vous causées par votre travail, aux :					
a) épaules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) coudes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) poignets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) doigts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Choisissez toujours la réponse qui correspond le mieux à votre situation.</b>					
	<b>jamais</b>	<b>rarement</b>	<b>parfois</b>	<b>souvent</b>	<b>(presque) toujours</b>
<b>14.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti des douleurs sévères nécessitant un traitement et qui sont selon vous causées par votre travail, aux :					
a) hanches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) genoux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) chevilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) pieds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>jamais</b>	<b>rarement</b>	<b>parfois</b>	<b>souvent</b>	<b>(presque) toujours</b>
<b>15.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous ressenti des douleurs sévères à la nuque ou la nuque bloquée, nécessitant un traitement et qui sont selon vous causées par votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous souffert de douleurs dorsales sévères nécessitant un traitement et qui sont selon vous causées par votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous senti agité, mis sous pression ou stressé par le travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous senti épuisé mentalement (vous sentant "à bout" ou "vide") au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous senti épuisé physiquement à cause du travail (votre corps est fatigué) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>oui</b>	<b>non</b>			
<b>20.</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi des piqûres, éclaboussures ou morsures accidentelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>21.</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une infection, une maladie ou une réaction allergique qui est selon vous causée par votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	<b>jamais</b>	<b>rarement</b>	<b>parfois</b>	<b>souvent</b>	<b>(presque) toujours</b>
<b>22.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez vous-eu les problèmes suivants, lors des périodes de travail posté ou de nuit :					
a) des problèmes de sommeil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) une fatigue anormale ou des tendances à dormir pendant votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) des problèmes intestinaux ? Par exemple douleurs à l'estomac ou aux intestins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Choisissez toujours la réponse qui correspond le mieux à votre situation.**

	oui	non			
<b>23.</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu un implant (par exemple stimulateur cardiaque, défibrillateur interne, clip vasculaire, pompe à insuline, etc.) susceptible d'être sensible aux radiations électromagnétiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	jamais	rarement	parfois	souvent	(presque) toujours
<b>24.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des problèmes de peau tels que rougeurs, démangeaisons, déshydratation, desquamation qui pourraient avoir été causés par une exposition à de la laine de verre, de la laine de roche ou similaire au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25.</b> Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des troubles respiratoires tels que nez bouché, toux, respiration sifflante, oppression, essoufflement éventuellement causés par l'exposition à la poussière de plantes ou d'animaux (poussière de grain, poussière de bois, poussière de lin, plumes, ...) au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	oui	non			
<b>26.</b> Souhaitez-vous que le médecin du travail vous contacte dans le cadre d'un problème spécifique lié au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Vos réponses figurent dans votre dossier médical et sont à la disposition du médecin du travail.