

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PERSONNEL

S'IL S'AGIT D'UN PREMIER EXAMEN

Rendez-vous le à heure(s).

Veuillez emporter votre carte eID et vos données de vaccination.

Si vous ne pouvez pas vous présenter à l'examen médical préventif, veuillez nous avvertir en temps utile.

Veuillez emporter le présent questionnaire dûment rempli lors de votre rendez-vous avec le Groupe IDEWE et le remettre au médecin du travail ou à l'infirmier/infirmière. Ce questionnaire personnel est **strictement confidentiel** et relève du secret professionnel médical. Il est conservé dans votre dossier médical.

Données administratives de l'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur/entreprise :

Numéro d'employeur IDEWE :

Données administratives du TRAVAILLEUR

Nom : Prénoms :

Adresse : Rue : N° et boîte postale :

Code postal : Commune :

Date de naissance : Sexe : Homme Femme Nationalité :

Numéro NISS :

Fonction :

Profil de prévention :

Type de contrat : ouvrier (ouvrière) employé(e) intérimaire stagiaire étudiant(e) jobiste autre

Date d'entrée en service : Date de sortie de service (si d'application) :

Orientation des études (si d'application) :

Numéro de téléphone : Numéro de GSM :

Adresse e-mail (professionnelle) :

État civil : célibataire marié(e) cohabitant(e) séparé(e) veuf (veuve)

Mutuelle : Nom : N° d'affiliation (3 chiffres) :

Médecin traitant : Nom : Numéro de téléphone :

Adresse :

Combien d'heures par semaine travaillez-vous ?

Données relatives aux vaccins et infections

Si vous disposez d'une quantification d'anticorps, veuillez emporter ces résultats.

Si vous disposez d'une carte de vaccination, veuillez nous en fournir une copie.

		Êtes-vous vacciné contre les affections suivantes ? Le cas échéant, mentionnez la date des vaccins.	Avez-vous contracté la maladie ? Le cas échéant, précisez la maladie.	Résultats de la quantification d'anticorps
Tedivax (tétanosdiphthérie)	Dernière vaccination		<input type="checkbox"/> oui, <input type="checkbox"/> non	Pas d'application
Boostrix (tétanos-diphthérie-coqueluche)	Dernière vaccination		<input type="checkbox"/> oui, <input type="checkbox"/> non	Pas d'application
Boostrix - polio (tétanos-diphthérie-coqueluche-polio)	Dernière vaccination		<input type="checkbox"/> oui, <input type="checkbox"/> non	Pas d'application
Hépatite B (jaunisse)	Min. 3 dates		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Anti-HBs: IU/L (+ copie du résultat de laboratoire)
Hépatite A (jaunisse)	2 dates		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Hépatites A et B (Twinrix)	3 dates		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Anti-HBs: IU/L (+ copie du résultat de laboratoire) Anticorps Hép. A :
Rubéole Oreillons-rougeole			<input type="checkbox"/> oui, <input type="checkbox"/> non	Anticorps rubéole : Anticorps oreillons : Anticorps rougeole :
Varicelle			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Tuberculose (BCG)			<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Pas d'application
Toxoplasmose		Pas d'application	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Cytomégalovirus		Pas d'application	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Hépatite C (jaunisse)		Pas d'application	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Test cutané à la tuberculine	Date :		Résultat :	

Antécédents médicaux personnels

Avez-vous déjà été sujets à des maladies, affections, lésions ou opérations ayant trait à l'un des éléments suivants :

		Oui	Non	Le cas échéant, quel fut le diagnostic ?	En souffrez-vous encore ?	Ces problèmes étaient-ils liés au travail ?
Les yeux ? (vue, taches devant les yeux, vision tunnelaire, cataracte, glaucome...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Le nez, la gorge et les oreilles ?	Le nez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	La gorge ? (p. ex. extinction de voix, amygdales...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Les oreilles ? (p. ex. problèmes d'audition, otites...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Le coeur et les vaisseaux sanguins ?	Le coeur ? (p. ex. infarctus, arythmie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	La tension ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Les vaisseaux sanguins ? (p. ex. varices, hémorroïdes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Le sang ? (hémophilie, anémie...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Poumons ou voies respiratoires ? (pneumonie, bronchite...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Asthme ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergies ?	Produits ? (détergent, nickel, bijouterie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Rhume des foins ? (pollen, herbe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Aliments ? (crustacés...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Animaux ? (chats, chiens...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Médicaments ? (pénicilline...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Peau ? (eczéma, psoriasis, verrues...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Estomac ou intestins ? (ulcère, inflammation, reflux...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Foie ? (jaunisse, problèmes biliaires...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Reins ou voies urinaires ? (calculs rénaux, inflammation de la vessie...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Système locomoteur ?	Ossature ? (fractures...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Dos et nuque ? (lumbago, hernie discale, dos coincé, douleurs musculaires...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Affections systémiques ? (rhumatisme, arthrose...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Muscles et/ou tendons ? (déchirure, inflammation, tennis-elbow, tendinite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Organes sexuels ? (kyste ovarien, problèmes de prostate...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Système nerveux ? (burn-out, dépression, épilepsie, migraine...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Avez-vous déjà été sujets à des maladies, affections, lésions ou opérations ayant trait à l'un des éléments suivants :

		Oui	Non	Le cas échéant, quel fut le diagnostic ?	En souffrez-vous encore ?	Ces problèmes étaient-ils liés au travail ?
Vertiges, évanouissements ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Glande thyroïde ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabète ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maladies infectieuses ? (CMV, VIH, fièvre glandulaire...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Avez-vous déjà été victime d'un accident ?	Accident privé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Accident du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Accident par piqûre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Accident sportif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Accident de la circulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autres affections ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Êtes-vous en traitement ?

Médicaments ? Oui Non

Le cas échéant, indiquez-les :

Autres ? (kinésithérapeute, ostéopathe, podologue, logopédiste, psychologue...) Oui Non

Le cas échéant, indiquez-les :

Pour les femmes

Êtes-vous actuellement enceinte ? Oui Non

Le cas échéant, date des dernières règles :

Date d'accouchement prévue :

Allaitez-vous actuellement ? Oui Non

Consommation de tabac

Non-fumeur Fumeur Ex-fumeur

Fumeur : Depuis :

Quel genre de tabac ? Combien ?/jour

Ex-fumeur : Arrêté de fumer depuis :

Aides ?

Exercices physiques (pendant les loisirs et déplacements entre le domicile et le lieu de travail)

Quelle(s) activité(s) exercez-vous ?	Combien de minutes (en moyenne) par semaine ?

Loisirs

Quels loisirs pratiquez-vous ?	Combien d'heures (en moyenne) par semaine ?

- J'ai d'autres questions et/ou problèmes en rapport avec mon travail, qui ne sont pas mentionnés ci-dessus, mais dont je souhaiterais m'entretenir avec le médecin du travail.

- Je déclare par la présente avoir complété ce questionnaire au mieux de mes connaissances et avec sincérité.

Date :

Signature :