

QUESTIONNAIRE MÉDICAL PERSONNEL

PRÉVENTION CIBLÉE

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: veuillez uniquement remplir les modifications depuis le dernier examen médical

Nom : Prénoms :

Adresse : Rue : N° et boîte postale :

Code postal : Commune :

Date de naissance : Sexe : Homme Femme Nationalité :

Numéro NISS :

Fonction :

Profil de prévention :

Date d'entrée en service : Date de sortie de service (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 :

Le contenu de votre travail a-t-il changé depuis votre dernier examen par le Groupe IDEWE ? oui non

Expliquez :

Combien d'heures par semaine travaillez-vous ?

Vous a-t-on administré des vaccins depuis le dernier examen ? Emportez votre carte de vaccination.

		Date des vaccins	Résultats de la quantification d'anticorps
Tedivax (tétanosdiphthérie)	Dernière vaccination		Pas d'application
Boostrix (tétanos-diphthérie-coqueluche)	Dernière vaccination		Pas d'application
Boostrix - polio (tétanos-diphthérie-coqueluche-polio)	Dernière vaccination		Pas d'application
Hépatite B (jaunisse)	Min. 3 dates		Anti-HBs :IU/L (+ copie du résultat de laboratoire)
Hépatite A (jaunisse)	2 dates		
Hépatites A et B (Twinrix)	3 dates		Anti-HBs :IU/L (+ copie du résultat de laboratoire) Anticorps Hép A :
Autres, spécifiez :	Dernière vaccination		

Avez-vous, depuis votre dernier examen périodique IDEWE, souffert de...

		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"/>			

Avez-vous, depuis votre dernier examen périodique, souffert de...

		Oui	Non	Le cas échéant, quel fut le diagnostic ?	En souffrez-vous encore ?	Ces problèmes étaient-ils liés au travail ?
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...)					
	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"/>			
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 été victime d'un accident depuis votre dernier examen par le Groupe IDEWE ?	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

Si oui, date des dernières règles :

Date d'accouchement prévue :

Allaitiez-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 :