

questionnaire médical – médecine du travail

nom, prénom: date de naissance:

employeur: activité professionnelle:

activités professionnelles antérieures:

période	employeur	activité professionnelle

expositions professionnelles:

prière de bien vouloir cocher à quoi vous étiez (potentiellement) exposé lors d'une activité professionnelle d'une durée de plus de 6 mois:

solvants	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui - lesquels?
substances CMR	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui - lesquelles?
métaux lourds	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui - lesquels?
poussières	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui - lesquelles?
Bruits	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui - de quelle source?
rayons ionisants	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui - lesquels?
agents infectieux	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui - lesquels?
animaux	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui - lesquels?

avez-vous eu des arrêts de travail d'une durée >1 mois ou avez-vous du changer d'activité professionnelle suite à une maladie ou un accident? non oui

si oui: quand? pour combien de temps? raison:

avez-vous été jugé inapte au service militaire? non oui

si oui, pour quelle raison?

anamnèse familiale

prière de bien vouloir signaler, si un membre de votre famille proche (grands-parents, parents, oncles et tantes, frère et soeur) a souffert ou souffre d'une des maladies suivantes:

hypertension	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, qui?
diabète sucré	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, qui?
infarctus	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, qui?
acc. vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, qui?
tumeur	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, qui? quel genre?
épilepsie	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, qui?
allergies	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, qui? quel genre?

santé actuelle

est-ce que vous souffrez d'un problème de santé actuellement? non oui

si oui, de quoi?

.....

est-ce que vous êtes suivi par un médecin, un psychothérapeute etc. en ce moment? non oui

si oui, pour quelle raison (diagnostic)?

.....

est-ce que votre aptitude au travail est limitée? non oui

est-ce que vous êtes porteur de lunettes/verres de contact? non oui

dames: est-ce que vous êtes enceinte? non oui

tourner la page s-v-pl

est-ce que vous faites du sport? non oui: quel genre?

est-ce que vous fumez? non oui si oui, depuis quand? combien ?
 non-arrêté combien d'années et combien de quoi ?

boissons alcooliques? non oui si oui, quoi, combien et fréquence

drogues? non oui si oui, quoi, combien et fréquence

prière de bien vouloir mentionner TOUS les médicaments que vous prenez actuellement :
(y compris la „pilule“)

histoire de la santé personnelle

prière de bien vouloir mentionner, **si** et, si tel est le cas, **quand** vous aviez souffert de ...

... **maladies graves** (p.ex. maladies cardio-vasculaires, coup, cancer, etc.),

... **interventions chirurgicales** (p.ex. amygdales, appendicite, hernie inguinale, hernie discale, yeux, etc.), ou

... **accidents, lésions** (p.ex. fractures, lésions ligamentaires, etc.).

histoire de santé des systèmes d'organes

est-ce que vous souffrez ou vous avez souffert d'une des maladies suivantes?

si tel est le cas, prière de la souligner.

épilepsie, étourdissement, perte de connaissance, troubles de la mémoire, maux de tête chroniques, migraine, paralysies, pertes d'équilibre etc.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
déficiences cardiaque, infarctus du myocarde, angine de poitrine, troubles du rythme, tension artérielle trop élevée / trop basse, collapse, maladies des artères / des veines etc.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
asthme bronchique, bronchite chronique, pneumonie / pleurésie, tuberculose pulmonaire etc.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
troubles du transit (p.ex. inflammations/ulcères, mal. de Crohn), calculs biliaires, mal. du foie, pancréatite, fistules anales, hémorroïdes etc.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. du métabolisme (p.ex. diabète sucré, cholestérol élevé, goutte, troubles fonctionnels thyroïdiens etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
troubles psychiques, vertige, claustrophobie, état dépressif, suicide manqué, dépendance, traitements de sevrage [alcool, substances illicites, médicaments]	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
troubles du sommeil, ronflements, pauses respiratoires nocturnes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
problèmes d'ouïe (p.ex. perte subite d'audition, acouphènes, surdité etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
problèmes oculaires (p.ex. glaucome, cataracte, décollement rétinien etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. du sang (p.ex. anémie, etc.), troubles de la crase, ganglions lymphatiques tuméfiés	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
problèmes de la colonne vertébrale (p.ex. lombago, hernie discale, scoliose etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. osseuse, articulaire (p.ex. arthrose, rhumatismes etc.) ou mal. musculaire	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. des reins (p.ex. kystes, infections, inflammations, calculs, malformations etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
allergies (p.ex. pollen, animaux domestiques, piqûres d'insecte, alimentaires, médicament etc.) ou mal. de la peau (p.ex. eczéma, psoriasis, tumeur etc.)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. infectieuses intestinales (p.ex. salmonellose, shigellose, amibiase, lambliaisis, vers)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
mal. des voies urinaires ou mal. vénériennes	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Par ma signature je confirme avoir rempli ce formulaire consciencieusement et que je n'ai ni omis des informations importantes ni donné des informations fausses.

Aussi - par ma signature je donne mon accord à mon médecin de famille et/ou traitant de transmettre à l'azb des informations d'importance dans le cadre du suivi médical.

lieu et date:

signature: