

## questionnaire médical - SECO-examen initial

**Nom, prénom:** ..... **Date de naissance:** .....

**Employeur:** ..... **Activité professionnelle:** .....

**Système de couche** (par exemple 3 couches, couche 6/4, travail de nuit permanent, etc.): .....

**Séquence de décalage** (par exemple MTN, NTM, etc.): .....

**Heures de travail** (de... à):  
**Quart de travail matinal** ..... **quart tardif** ..... **quart de nuit** .....

**Parcours de travail** (moyen de transport, durée): .....

**Etat civil:** .....

**Enfants** (éventuellement nombre, âge): .....

**Sports, loisirs** (le cas échéant: quoi et combien de fois par semaine?): .....

### 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

**Dames: Est-ce que vous êtes enceinte?**  non  oui

**Est-ce que vous êtes porteur de lunettes/verres de contact?**  non  oui  hypermétrope  myope

**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 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
déficience 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.) 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) 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: