

## questionnaire médical - SECO-anamnèse intermédiaire

**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?): .....

### Depuis le dernier examen médical du SECO, est-ce que vous avez souffert de . . .

<b>maladies graves</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquels? .....
<b>accidents graves</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquels? .....
<b>interventions chirurgicales</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquels? .....
<b>allergies</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquels? .....
<b>vaccinations</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquels? .....

### Santé actuelle

<b>plaintes de santé liées au travail</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> oui, lesquels? .....
<b>Plaintes particulières</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> oui, lesquels? .....
<b>Bien-être de la santé</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
<b>Maladies chroniques</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquels? .....
<b>Est-ce que votre aptitude au travail est limitée?</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
<b>Est-ce que vous êtes porteur de lunettes/verres de contact?</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui ☞ <input type="checkbox"/> hypermétrope <input type="checkbox"/> myope
<b>Dames: Est-ce que vous êtes enceinte?</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Est-ce que vous fumez?</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> si oui, quoi, combien et fréquence?..... <input type="checkbox"/> non- non-arrêté, quand? .....
<b>Boissons alcooliques?</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> si oui, quoi, combien et fréquence?.....
<b>Drogues?</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> si oui, quoi, combien et fréquence ?.....

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

.....

Lieu et date:

Signature: