

Questionnaire Médical - SUVA-examen de dépistage FB2124

Nom - Prénom: **Date de naissance:**

Employeur: **Supérieur:**

Profession: **Lieu/Bâtiment:**

- | | | |
|--|------------------------------|--|
| Travail d'équipe | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, quel modèle? |
| Chauffeur de fourche mécanique | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Pilote (assistant les sapeurs-pompiers) | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Sapeur-pompier d'entreprise | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |

Depuis le dernier examen de santé SUVA, est-ce que vous avez souffert de ...

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------|---|
| Maladies graves | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, lesquelles? |
| Accidents graves | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, quoi? |
| Interventions chirurgicales | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, quel genre? |

Etat de santé actuel

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| Troubles de la santé liés au poste de travail | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, lesquels? |
| Troubles de la santé d'une autre origine ? | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, lesquels? |
| Affections chroniques | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, lesquelles? |
| Est-ce que vous êtes en bonne santé? | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Aptitude au travail limitée? | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Porteur de lunettes / lentilles ? | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui - correction de la vue <input type="checkbox"/> de loin <input type="checkbox"/> de près |
| Dames: Est-ce que vous êtes enceinte? | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Est-ce que vous faites du sport? | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Est-ce que vous fumez? | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui - quoi, combien? |

non, arrêté - en quelle année?

Consommation de boissons alcoolisées? non oui, quel genre, combien, à quelle fréquence?

Consommez-vous des stupéfiants? non oui, quel genre, combien, à quelle fréquence?

Prise de médicaments ('pilule' y compris)? non oui, lesquels?

Questions concernant les différents systèmes d'organes

Voies respiratoires

- | | | | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| bronchite chronique | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Conjonctivite | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| asthme | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | affection du nez / des sinus | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| rhume des foins | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Pharyngite | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| tuberculose | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Laryngite | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |

Coeur / Circulation sanguine

- | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|------------------------------|
| angine de poitrine | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | pouls irrégulier | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| palpitations | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | | | |

tourner la page s-v-pl

Système nerveux

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| céphalées | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | pertes de connaissance, épilepsie | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| fatigue accrue | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | Vertige | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | problèmes psychiques / dépression | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| troubles de la concentration | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | fatigue musculaire | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| obnubilation | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | troubles de la sensibilité (tactile) | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| troubles de la mémoire | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | | | |

Organes abdominaux

- | | | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|
| perte de poids involontaire | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | problèmes d'estomac | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| manque d'appétit | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
| Revoies acides / brûlures | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | diarrhée | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |

Peau

- | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|
| changements à la peau | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui | neurodermite | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui |
|-----------------------|------------------------------|------------------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|

Lieu - Date:

Signature: