

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	☐ non	☐ oui - lesquels?
substances CMR	☐ non	☐ oui - lesquelles?
métaux lourds	☐ non	☐ oui - lesquels?
poussières	☐ non	☐ oui - lesquelles?
Bruits	☐ non	☐ oui - de quelle source?
rayons ionisants	☐ non	☐ oui - lesquels?
agents infectieux	☐ non	☐ oui - lesquels?
animaux	☐ non	☐ 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 sœur) a souffert ou souffre d'une des maladies suivantes:

hypertension	☐ non	☐ oui, qui?
diabète sucré	☐ non	☐ oui, qui?
infarctus	☐ non	☐ oui, qui?
acc. vasculaire cérébral	☐ non	☐ oui, qui?
tumeur	☐ non	☐ oui, qui? quel genre?
épilepsie	☐ non	☐ oui, qui?
allergies	☐ non	☐ 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“)

Taille et poids?cm kg

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.	☐ non ☐ 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.	☐ non ☐ oui
asthme bronchique, bronchite chronique, pneumonie / pleurésie, tuberculose pulmonaire etc.	☐ non ☐ oui
troubles du transit (p.ex. inflammations/ulcères, mal. de Crohn), calculs biliaires, mal. du foie, pancréatite, fistules anales, hémorroïdes etc.	☐ non ☐ oui
mal. du métabolisme (p.ex. diabète sucré, cholestérol élevé, goutte, troubles fonctionnels thyroïdiens etc.)	☐ non ☐ oui
troubles psychiques, vertige, claustrophobie, état dépressif, suicide manqué, dépendance, traitements de sevrage [alcool, substances illicites, médicaments]	☐ non ☐ oui
troubles du sommeil, ronflements, pauses respiratoires nocturnes	☐ non ☐ oui
problèmes d'ouïe (p.ex. perte subite d'audition, acouphènes, surdité etc.) problèmes oculaires (p.ex. glaucome, cataracte, décollement rétinien etc.)	☐ non ☐ oui
mal. du sang (p.ex. anémie, etc.), troubles de la crase, ganglions lymphatiques tuméfiés	☐ non ☐ oui
problèmes de la colonne vertébrale (p.ex. lombago, hernie discale, scoliose etc.)	☐ non ☐ oui
mal. osseuse, articulaire (p.ex. arthrose, rhumatismes etc.) ou mal. musculaire	☐ non ☐ oui
mal. des reins (p.ex. kystes, infections, inflammations, calculs, malformations etc.)	☐ non ☐ oui
allergies (p.ex. pollen, animaux domestiques, piqûres d'insecte, alimentaires, médicament etc.) ou mal. de la peau (p.ex. eczéma, psoriasis, tumeur etc.)	☐ non ☐ oui
mal. infectieuses intestinales (p.ex. salmonellose, shigellose, amibiase, lamblasis, vers) mal. des voies urinaires ou mal. vénériennes	☐ non ☐ 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: