

DOCUMENT STRICTEMENT CONFIDENTIEL A L'USAGE EXCLUSIF DU MEDECIN

Merci de bien vouloir répondre à ce questionnaire et de le présenter lors de votre examen médical avant engagement.

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Nom:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prénom:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance :

Jour		Mois		Année			

Date de l'engagement:

Jour		Mois		Année			

Sexe: Masculin Féminin

Médecin traitant: Nom _____
 Adresse _____
 Ville _____ Canton / Pays _____ Code postal _____
 Phone _____

Voyagerez-vous dans le cadre de votre nouveau domaine professionnel ? OUI NON

Dans l'affirmative, merci de préciser les destinations possibles: _____

- | | YES | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Présentez vous un problème médical justifiant une adaptation de votre activité professionnelle ou de votre poste de travail ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous du être hospitalisé pour des problèmes de santé physique, neurologique ou psychologique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous du vous absenter de votre travail plus d'une semaine suite à une maladie ou à un accident ? | | |
| 3. Etes vous actuellement en traitement médical? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prenez vous actuellement des médicaments? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Merci de donner des précisions aux réponses affirmatives que vous avez formulées ci-dessus, et le cas échéant de joindre le rapport médical. | | |

REVUE PAR SYSTEME

Souffrez-vous ou avez vous souffert de l'une des affections listées ci-dessous?

	Oui	Non		Yes	No
1 Maux de tête sévères ou récurrents / migraine (migraine ophtalmique, migraine avec aura / traitement)			27 Maladie du foie, jaunisse, hépatite		
2 Evanouissement /Perte de connaissance			28 Saignement rectal, hémorroïdes		
3 Convulsions / Epilepsie (date de la dernière crise et traitement actuel)			29 Hernie		
4 Trouble neurologique / paralysie, trouble de la sensibilité)			30 Fractures, luxation, problème articulaire		
5 Traumatisme crânien			31 Problème avec la colonne cervicale ou le dos		
6 Dizziness/lightheadedness			32 Problème avec les bras , les jambes		

7 Myopie (vision de loin) / Correction en dioptries / Correction au laser.			33 Raideur, douleurs, inflammation des articulations		
8 Astigmatisme			34 Nodules, kystes, masses dans les seins		
9 Lunettes / Verres de contact ?			35 Troubles menstruels		
10 Daltonisme			36 Problème des reins des voies excrétrices, de la vessie. Calculs		
11 Maladie des yeux / Séquelle de traumatisme oculaire			37 Problème avec la prostate, les testicules		
12 Trouble de l'audition / Acouphènes / Prothèse auditive ?			38 Anémie. Anomalie de l'hémoglobine		
13 Lésion infectieuse ou traumatique de l'oreille			39 Tendance aux ecchymoses. Saignements excessifs. Trouble de la coagulation. Traitement anticoagulant		
14 Hypertension artérielle (traitement)			40 Tumeur ou cancer		
15 Maladie cardiaque – Trouble du rythme cardiaque / Maladie coronarienne / Chirurgie cardiaque			41 Infection fréquente, récidivante ou chronique		
16 Douleurs thoraciques			42 Allergies. Dans l'affirmative Cf. no 52		
17 Essoufflement lors d'efforts physiques			43 Maladie de la thyroïde		
18 Problèmes artériels .Maladie veineuse, varices, thrombose veineuse profonde			44 Diabète ou autre maladie métabolique ou hormonale		
19 Infections ORL ou respiratoires récurrentes			45 Troubles de l'alimentation. Régime spécifique		
20 Toux persistante récidivante ou chronique			46 Rougeurs. eczéma, urticaire		
21 Respiration sifflante, asthme			47 Maladie de la peau		
22 Maladie ou infection pulmonaire. Tuberculose			48 Dépression		
23 Trouble de la digestion - Reflux			49 Maladie mentale. Psychothérapie		
24 Ulcère gastrique ou duodéal			50 Difficultés liées à la gestion du stress		
25 Maladie inflammatoire de l'intestin			51 Dépendance (alcool, médicament ou autre substance)		
26 Intolérance au lactose, au gluten					

53 En cas d'allergie:

Liste des allergènes connus _____

	Oui	Non	
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre rhino-conjonctivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement: _____
Allergie de la peau (contact)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Urticaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Medicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez: _____
Allergies vitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez-Avez-vous besoins d'un kit d'urgence _____

Explanation of numbered items marked "YES":

Merci de lire et signer

Je soussigné certifie avoir répondu aux questions ci-dessus au mieux de mes connaissances et atteste que mes réponses sont complètes et conformes à la vérité. Je suis conscient que des affirmations inexactes pourraient conduire à un refus de ma candidature ou un licenciement.

LIEU et DATE

SIGNATURE DU CANDIDAT