Ce questionnaire personnel est strictement confidentiel. Il est couvert par le secret professionnel médical.

**Données administratives et générales**

|  |  |
| --- | --- |
| N° registre national:Nom + Prénom:  Adresse:  Tél/GSM:                   E-mail:                     Sexe:  | Nom + adresse EMPLOYEUR (lieu de travail):  Nom + adresse bureau INTERIM (si travailleur intérimaire): Médecin de famille: (nom/commune)Tel : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fonction :** | **Pour BPOST interim :** |
| Description des activités (! remplir svp !) : Date début: | [ ]  SRFU[ ]  HRFU |
| **Si JOBISTE/ETUDIANT : Etes-vous actuellement en formation ?**Type d’études et école :Date du dernier examen médical dans le cadre de cette formation :Avez-vous été déclaré apte à cette formation lors de cet examen médical ? [ ]  Oui [ ]  NonSi non, pourquoi :  |
| **Médical – Antécédents des affections par système** | **Non** | **Oui** |
| Souffrez-vous / avez-vous souffert des affections suivantes: |  |  |
|  | Système respiratoire *(asthme, bronchite, tuberculose, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Système osseux *(arthrose, inflammations, douleurs, rhumatisme, …)*  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle, quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Glandes *(thyroïde, diabète, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Cœur et vaisseaux *(tension, maladies du cœur, varices, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle, quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Maladies de la peau *(acné, eczéma, gerçures, psoriasis, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Voies digestives *(gastrite, problèmes de foie ou de bile, maladies intestinales, aigreurs, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Voies urinaires *(problèmes de vessie, maladies des reins, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ?  |  |  |
|  | Maladies du système nerveux *(burn-out, dépression, épilepsie, paralysie, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Maladies du système sensoriel *(ouïe, vue, équilibre, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Autre problème de santé ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, lequel? quand? quelle est la situation actuelle ? |  |  |
|  | Uniquement pour les personnes du sexe féminin |  |  |
|  |  | Souffrez-vous d’une affection gynécologique ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Etes-vous enceinte ? | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médical – Personnel** | **Non** | **Oui** |
|  | Avez-vous actuellement des plaintes médicales ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, de quoi souffrez-vous ? |  |  |
|  | Avez-vous consulté un médecin au cours de l’année passée ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, pourquoi ? |  |  |
|  | Avez-vous une invalidité ou un défaut physique ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, laquelle ? |  |  |
|  | Avez-vous déjà été opéré ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, de quoi et quand ? |  |  |
|  | Avez-vous déjà eu un accident avec blessures ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, quel type de blessures et quand ? |  |  |
|  | Avez-vous parfois / régulièrement des plaintes au dos ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, quel genre de plaintes et quels traitements avez-vous déjà reçus ? |  |  |
|  | Etes-vous allergique ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, quel type (peau, respiratoire, rhume des foins) et à quoi ? |  |  |
|  | Avez-vous des problèmes de vue ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, lesquels ? |  |  |
|  | Prenez-vous des médicaments ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, lesquels ? |  |  |
|  | Fumez-vous ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, combien et depuis combien de temps ? |  |  |
|  | Consommez-vous de l’alcool ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, combien de verres par jour ? Et quel alcool ? |  |  |
|  | Consommez-vous des drogues ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, lesquelles et à quelle fréquence ? |  |  |
|  | Pratiquez-vous un sport ? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Si oui, lequel et à quelle fréquence ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médical – Vaccinations** | **Non** | **Oui** |
| Etes-vous vacciné ? | Date dernière vaccination |  |  |
|  | Tétanos  | ……/……/……… | [ ]  | [ ]  |
|  **Remplir obligatoirement si vous allez travailler dans le secteur des soins de santé ou de la petite enfance :** |
|  | Coqueluche | ……/……/……… | [ ]  | [ ]  |
|  | Hépatite A | ……/……/……… | [ ]  | [ ]  |
|  | Hépatite B | ……/……/……… | [ ]  | [ ]  |
|  |  Un dosage des anticorps contre l’hépatite B (Ac anti-HBs) a-t-il été effectué ? Si oui, à quelle date ? ……/……/……… Et quel était le résultat ? ………………….. Avez-vous reçu un vaccin supplémentaire de rappel ? ……/……/……… | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |
|  Screening tuberculose | Date dernier screening |  |  |
|  | Test intradermo | ……/……/……… |  |  |
|  |  | Si oui, avez-vous eu une réaction ?Si oui, avez-vous été traité (radio poumons, médicaments) ? | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Souhaitez-vous que le médecin du travail vous contacte ? | [ ]  | [ ]  |

Je, soussigné(e), déclare que ce questionnaire a été rempli sincèrement, complétement et conformément à la vérité.

J’apporterai les rapports médicaux et documents pertinents (carte de vaccination, etc.) à la consultation si j’y suis convoqué.

|  |  |
| --- | --- |
| Date: ……/……/……… | Signature (\*): |
|  |  |

*(\*) “Je marque mon accord sur le fait que Cohezio traite mes données à caractère personnel pour les finalités propres à ma demande ».*

*La politique de traitement des données à caractère personnel de Cohezio se trouve sur* [*www.cohezio.be/fr/declaration-de-confidentialite*](http://www.cohezio.be/fr/declaration-de-confidentialite)*.*