

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 :

Description des activités (! remplir svp !):

Pour BPOST interim :

- SRFU
 HRFU

Date début:

Si JOBISTE : 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 Non

Si non, pourquoi :

Médical – Antécédents des affections par système

Souffrez-vous / avez-vous souffert des affections suivantes:

Système respiratoire (*asthme, bronchite, tuberculose, ...*)

Non **Oui**

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

Médical – Vaccinations

	Non	Oui
Etes-vous vacciné ?		
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Date dernière vaccination		
...../...../.....		

Remplir obligatoirement si vous allez travailler dans le secteur des soins de santé ou de la petite enfance :

Coqueluche/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite A/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite B/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Screening tuberculose			
Test intradermo/...../.....		
Si oui, avez-vous eu une réaction ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, avez-vous été traité (radio poumons, médicaments) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Souhaitez-vous que le médecin du travail vous contacte ?
 Non Oui

Je, soussigné(e), déclare que ce questionnaire a été rempli sincèrement, complètement 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.