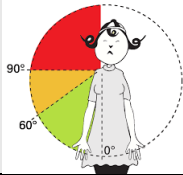
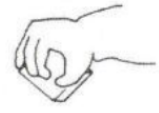
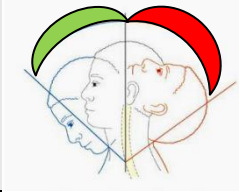
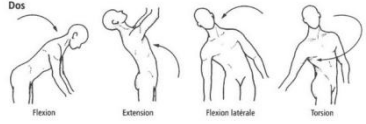
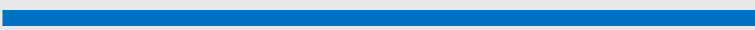


Nom/Prénom _____
 Nom de jeune fille : _____
 Date de Naissance ____/____/____
 Adresse _____
 Courriel : _____
 Tél : _____
 Nom de votre Médecin Généraliste : _____
 Date : ____/____/____

Questionnaire 2^{ème} visite et suivantes

Depuis votre dernière visite avez-vous	OUI	NON	Précisions sur les réponses
Eu un accident ou un accident en service ?			
Eu un changement dans votre vie familiale ?			
Eu un changement dans votre vie professionnelle ?			
Modifié vos activités sportives ou physiques ?			
Eté hospitalisé ? pourquoi ?			
Consulté un médecin généraliste ou spécialiste ? pourquoi ?			
Eté en arrêt de travail ? pourquoi ?			
Eu des troubles du sommeil ?			
Eu des malaises ou vertiges ?			
Eu des palpitations ? des douleurs thoraciques ou cardiaques ?			
Avez-vous eu des maux de têtes fréquents ou intenses ?			
Fumez-vous ? combien ?			
Consommez-vous du cannabis ou une autre substance illicite ?			
A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ? - 1X par mois - 1X par semaine - Entre 2 et 4 fois par semaine - Plus de 4X par semaine			
Vous a-t-on fait des remarques à ce sujet ?			
Prenez-vous des médicaments ? lesquels ?			
Etes-vous limité dans votre travail du fait de votre état de santé physique ou psychique ?			



Dans votre travail pensez-vous être exposé à une ou plusieurs contraintes de la liste ci-dessous :				
Type de contraintes		OUI	NON	Commentaires
Risque BRUIT	Êtes-vous obligé de lever la voix ou de crier pour communiquer avec une autre personne ?			
Risque de TMS	Effectuez-vous des mouvements des épaules en élévation au dessus du plan des deux épaules ?			
	Effectuez-vous des mouvements des mains en préhension en force ?			
	Effectuez-vous des mouvements de Flexions/extensions répétées du rachis cervical ?			
	Effectuez-vous des mouvements de Flexions/ extensions et/ou rotations répétées du rachis lombaire ?			
	Effectuez-vous des manutentions de plus de 15 kg ?			
	Effectuez-vous des manutentions de plus de 25 kg ?			
	Dans votre travail êtes-vous en position à genoux ou accroupie ?			
	Dans votre travail êtes-vous en position debout statique prolongé			
Risque chimique	Manipulez-vous de produits chimiques, d'entretien, cosmétiques ?			
Risque Psycho-sociaux	Pensez-vous être en risque d'être agressé physiquement ?			
	Lorsque vous êtes au travail : évaluez votre niveau de stress entre 0 et 10? 0  10			
	Avez-vous plusieurs tâches à effectuer en même temps ?			
	Considérez-vous que vos missions soient compliquées ?			
	Devez-vous effectuer des tâches au dernier moment ou dans l'urgence ?			
	Etes-vous interrompu fréquemment ?			
Rythmes de travail	Travaillez-vous avant 6h (du matin) et après 21 h ?			
	Travaillez-vous le WE ?			
	Devez-vous effectuer des Astreintes ?			
Conduite	Effectuez-vous des déplacements dans le cadre de vos missions et comment : à pied, vélo, moto, voiture ?			
	Êtes-vous habilité par des autorisations de conduite ou CACES ?			
	Conduisez-vous des poids lourds ?			
Risques biologiques	Avez-vous des contacts avec du sang ou des excréments ?			
	Avez-vous des contacts avec des déchets ?			