

Nom/Prénom _____
 Nom de jeune fille : _____
 Date et lieu de naissance ____/____/____ à _____
 N° de Sécurité Sociale* : _____
 Adresse (rue, code postal, ville) : _____

 Tél : _____ Courriel : _____
 Médecin(s) Généraliste / Spécialiste : _____

Ce questionnaire est nécessaire pour permettre au médecin d'évaluer votre état de santé, de détecter des prédispositions et d'identifier les risques auxquels vous avez ou vous êtes exposés en vue d'établir et de mettre à jour votre Dossier Médical de Santé au Travail (DMST) et le dossier de l'organisme. Il peut être complété de toute donnée jugée utile et pertinente par le médecin (ou l'équipe pluri disciplinaire sous la responsabilité du médecin) dans le cadre de nos échanges et dans le respect du principe de minimisation. Vous pouvez toutefois refuser de répondre à certaines questions. Vos données sont soumises à la réglementation sur la protection des données et couvertes par le secret médical et professionnel qui s'impose à tout professionnel de santé.

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 ?			
Été hospitalisé ? Pourquoi ?			
Consulté un médecin généraliste ou spécialiste ? Pourquoi ?			
Été 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 ?			

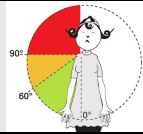
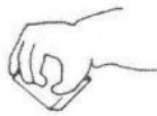

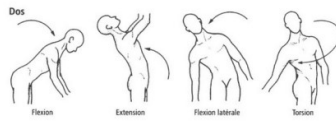
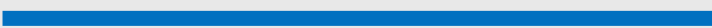
*Loi de réforme de la santé au travail n°2021-1014 du 2 août 2021

Mention RGPD : Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (« RGPD ») et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement des données à caractère personnel est nécessaire pour le service de médecine préventive du CDG 10 pour l'établissement et la mise à jour de votre Dossier Médical de Santé au Travail (DMST) et de la fiche de l'organisme en tant qu'obligation légale.

Pour en savoir plus sur vos droits RGPD et comment les exercer ainsi que la nature et la finalité des données collectées consultez la notice d'information RGPD qui vous est remise à chacune de vos visites.



A compléter en cas de changement depuis la dernière visite médicale auprès du médecin du travail

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 ?			
	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 ?			
Rythmes de travail	Etes-vous interrompu fréquemment ?			
	Travaillez-vous avant 6h (du matin) et après 21 h ?			
	Travaillez-vous le WE ?			
Conduite	Devez-vous effectuer des Astreintes ?			
	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 ?			
Risques biologiques	Conduisez-vous des poids lourds ?			
	Avez-vous des contacts avec du sang ou des excréments ?			
	Avez-vous des contacts avec des déchets ?			

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Date et signature de l'agent :