

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

### Données administratives et générales

<b>N° registre national pour les Belges:</b>	Ecole: I.E.S.P.P.Tourmai
Nom + Prénom:	
Adresse:	Adresse école: Chaussée de Lille, 1 7500 Tourmai
Tél/GSM:	
E-mail:	Formation: Infirmier(e) Hospitalier(e)
Sexe:	

### Fonction :

Description des activités (! remplir svp !):

Date début:

### Si JOBISTE/ETUDIANT : Etes-vous actuellement (encore) en formation ? OUI

Type d'études et école (pour l'étudiant) : Infirmier(e) Hospitalier(e)

Date du dernier examen médical dans le cadre de cette formation (pour le travailleur intérimaire):

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, ...*)



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 ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle date ? ...../...../..... Et quel était le résultat ? .....			
Avez-vous reçu un vaccin supplémentaire de rappel ? ...../...../.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Screening tuberculose</u>	Date dernier screening		
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](http://www.cohezio.be/fr/declaration-de-confidentialite).

