

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

A remettre au service de santé au travail lors de votre visite d'engagement

I. IDENTITÉ :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de naissance : _____ État civil : _____

Nombre d'enfants : _____

Nationalité : _____ Sexe : M ☐ F ☐ Autre ☐

Date de naissance : ____/____/____ Lieu de naissance : _____

Téléphone fixe : _____ Téléphone portable : _____

E-mail : _____

Adresse complète :

Profession actuelle : _____ Employeur actuel : _____

Emploi postulé aux HUG : _____

Date d'entrée aux HUG : ____/____/____ Service : _____

II. MÉDECIN TRAITANT :

Nom du médecin traitant : _____

Adresse complète :

**J'autorise, expressément, le médecin du travail du Service de Santé au Travail des Hôpitaux
Universitaires de Genève à prendre contact avec mon (mes) médecin(s) traitant (s) s'il le juge utile.**

Non ☐

Oui ☐

III. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS (passés et actuels) :

Veuillez cocher les cases correspondantes et apporter des précisions (détails et années).

	Aucun problème	Problème de santé guéri sans séquelle(s) (date début / date fin)	Problème de santé actuel (chronique ou séquelles de problèmes anciens)
Maladie du cœur et des vaisseaux (infarctus, hypertension, ...)			
Maladie des poumons (asthme, bronchite chronique, tuberculose, ...)			
Maladie digestive (estomac, foie, intestins, ...)			
Maladie neurologique (troubles de mémoire, épilepsie, ...)			
Maladie des os et des articulations (douleurs, arthrose, mal de dos, fractures, ...)			
Maladie endocrinienne (diabète, thyroïde, ...)			
Maladie infectieuses (hépatite, VIH, ...)			
Maladie des reins ou des voies urinaires (infections, calculs, ...)			
Maladie de la peau (eczéma, psoriasis, ...)			
Maladie du sang			
Maladie des yeux (Portez-vous des lunettes/lentilles ?, glaucome, ...)			
Maladie psychique (anxiété, dépression, ...)			
Burn out			
Troubles du sommeil			
Problèmes ORL (nez, gorge, oreilles, cordes vocales, ...)			
Interventions chirurgicales			
Allergie			
Autre (Préciser)			
Affections gynécologiques			

Pour les ♀ :

Êtes-vous enceinte ? Non ☐ Oui ☐

Date prévue de l'accouchement : ____/____/____

Prenez- vous des médicaments ? Non ☐ Oui ☐ Si oui Lesquels ?
.....
.....

ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Avez-vous dû changer de travail ou quitter un emploi pour raison de santé ?

Non ☐ Oui ☐

Et quand ? _____

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Avez-vous déjà reçu ou recevez-vous une rente quelconque pour raison médicale (AI, CNA, ...) ?

Non ☐ Oui ☐

Et quand ? _____

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Avez-vous déjà déposé une demande de prestations auprès de l'Assurance Invalidité ?

Non ☐ Oui ☐

Et quand ? _____

Avez-vous déjà souffert de maladie professionnelle ?

Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous (détails et année).

Non ☐ Oui ☐

	Type de substance impliquée	Problème de santé guéri sans séquelle(s)	Problème de santé actuel (chronique ou séquelles de problèmes anciens)
Maladie respiratoire causée par le travail			
Maladie cutanée causée par le travail			
Allergie (latex, vêtement, ...)			
Autre (Préciser)			

Avez-vous déjà été exposé à des substances pouvant être toxiques ?

Non ☐Oui ☐

Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Type de produit	Exposition avec équipement de protection <i>(oui/non)</i>	Accident d'exposition <i>(date)</i>
Produits (cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, ...)			
Produits chimiques (solvant, ...)			
Poussières			
Rayonnement ionisant* ou non ionisant			
Amiante Veuillez préciser dans quel métier, dans quelle entreprise et à quelle date			
Autre (Préciser)			

* Pour les personnes exposées aux rayonnements ayant travaillé en dehors de Suisse durant l'année en cours, merci de vous munir de votre relevé dosimétrique de l'année en cours et de le présenter lors votre visite d'engagement.

IV. INFORMATIONS DE SANTÉ GÉNÉRALE :

Poids (en kg) : _____

Taille (en cm) : _____

Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre état de santé actuel ?

Mauvais état de santé

(Entourez le chiffre qui convient)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Excellent état de santé

Commentaire :

**Pratiquez-vous
régulièrement une activité
physique ?**

Non ☐ Oui ☐

Laquelle ?	Combien d'heures par semaine ?

Fumez-vous actuellement ?

Non ☐ Oui ☐

Depuis quand ? _____

Combien de cigarettes, cigares, pipes
par jour ? _____

Buvez-vous de l'alcool ?

(Vin, bière, alcool fort, ...)

Jamais ☐

Rarement ☐

Occasionnellement (1 à 2 fois par semaine) ☐

Fréquemment (plus de 2 fois par semaine) ☐

**Consommez-vous d'autres
substances actuellement
(drogues) ?**

Non ☐ Oui ☐

Quelle(s) substances ?

**Avez-vous déjà été suivi
pour un problème d'alcool
ou de drogue ?**

Non ☐ Oui ☐

Si oui, date de suivi et substance(s)
impliquées :

**Souhaitez-vous un
entretien avec le médecin
du travail ?**

Non ☐ Oui ☐

Je certifie que les réponses mentionnées précédemment sont complètes et véridiques.

Lieu / Date :

Signature :