

Date du jour : __/__/__

Nom du Médecin du travail : _____

SAISIE **EVREST**Nom JF Prénom Sexe (M/F) | _ | Date naissance | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ |

Département naissance | _ | _ | PCS | _ | _ | _ | _ | Entreprise | _ | _ | _ | _ | _ | Code NAF | _ | _ | _ | _ |

Nombre de salariés | _ | _ | _ | _ | Service/atelier.... (facultatif) | _ | _ | _ | Salarié | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Conditions de travail1. Depuis 1 an, avez-vous changé de travail ? **Oui**₁ **Non**₀
Si oui, était-ce pour raison médicale ? **Oui**₁ **Non**₀ 2. Travaillez vous à temps plein ? **Oui**₁ **Non**₀ 3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale **Oui**₁ **Non**₀
Avez-vous régulièrement: - Des coupures de plus de 2 heures : **Oui**₁ **Non**₀
- Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) **Oui**₁ **Non**₀
- Des horaires irréguliers ou alternés **Oui**₁ **Non**₀
- Du travail de nuit (entre 0h et 5h) **Oui**₁ **Non**₀ Faîtes-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h ? **Oui**₁ **Non**₀

4. Contrainte de temps :

a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de : **Jamais**₀ **Rarement**₁ **Assez souvent**₂ **Très souvent**₃
- Dépasser vos horaires normaux
- Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause
- Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (cadences, délais, cumul des tâches, variabilité,...)

Pas difficile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très difficile (Entourer un chiffre)

c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ? **Oui**₁ **Non**₀ Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité : - perturbe votre travail **Oui**₁ **Non**₀
- est sans conséquence pour votre travail **Oui**₁ **Non**₀
- est un aspect positif de votre travail **Oui**₁ **Non**₀

5. Appréciations sur le travail

- Diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?

Non pas du tout₀ Plutôt Non₁ Plutôt oui₂ Oui tout à fait₃
- Il vous permet d'apprendre des choses
- Il est varié
- Vous pouvez choisir vous même la façon de procéder
- Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération
- Avez-vous le sentiment que dans l'ensemble, votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?
- Pour faire un travail de bonne qualité, vous disposez :
- de formation et d'informations suffisantes
- d'objectifs et de consignes clairement définis

6. Charge physique du poste de travail Votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

	Non jamais ₀	Oui parfois ₁	Oui souvent ₂	Si oui, est-ce difficile ou pénible ?		
Postures contraignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI →	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI →	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI →	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI →	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI	Oui ₁ <input type="checkbox"/>	Non ₀ <input type="checkbox"/>

7. Etes-vous exposé à :

Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀	
Produits chimiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gêne sonore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Agent biologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Vibrations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Formation

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ? Oui₁ Non₀
- Si oui, était-ce une formation en rapport avec votre travail actuel : Oui₁ Non₀
- un futur poste : Oui₁ Non₀
- une formation d'intérêt général Oui₁ Non₀
2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ? Oui₁ Non₀

Mode de vie

1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité sportive : Oui₁ Non₀
2. Consommation usuelle :
- Tabac** (nbre de cig/jour) Non fumeur₀ Ancien fumeur₁ Moins de 5 cig₂ 5 à 15 cig₃ > 15 cig₄
- Café** (nbre de tasses/jour) Pas de café₀ 1 à 4 tasses₁ Plus de 4 tasses₂
3. Avez-vous des trajets domicile/travail longs ou pénibles ? Oui₁ Non₀

État de santé (à remplir avec le médecin)

Dernière visite systématique (ou embauche) il y a : | _ | année(s) (0 si salarié jamais vu par les services de santé au travail)

Poids : __ __ kg Taille : __ __ cm

		Existence de plaintes ou de signes cliniques	Est-ce une gêne dans le travail ?	Consommation de médicaments	Pathologie diagnostiquée
Cardio respiratoire					
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil respiratoire	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil cardio-vasculaire	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	- HTA	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Neuro-psychique					
RAS <input type="checkbox"/>	-fatigue, lassitude	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	- anxiété, nervosité, irritabilité	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	- troubles du sommeil	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	Digestif	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Ostéo-articulaire					
RAS <input type="checkbox"/>	-membres supérieurs <i>épaule</i>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	<i>coude</i>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	<i>poignet</i>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	-membres inférieurs	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	-vertèbres cervicales	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	-vertèbres dorso-lombaires	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	Dermato	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
RAS <input type="checkbox"/>	ORL troubles de l'audition	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>