**Date du jour** : \_ \_ / \_ \_/ \_ \_ **Nom du Médecin :** \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **SST** : \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **SAISIE**



 **EVREST PACA 2017**

# Nom JF Prénom Sexe (M/F) | \_ | Date naissance | \_ | \_ | | \_ | \_ | | \_ | \_ | \_ | \_ |

# Département naissance | \_ | \_ | Salarié | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Contrat : CDI ou assimilé 🞎 Autre 🞎 PCS-ESE | \_ | \_ | \_ | \_ |

# Entreprise | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Code NAF 2008 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Nombre de salariés | \_ | \_ | \_ | \_ |

**Etablissement de type : Privé 🞎 Public** **🞎**

# Service/atelier…. (facultatif) | \_ | \_ | \_ | Type de visite *(Champ libre)* : □1 Périodique □2 Embauche □3 Reprise □4 Autres□ 5 ESTI

**Conditions de travail**

*En remplissant ce questionnaire, je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la note d’information sur le dispositif Evrest.*

**1. Depuis un 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 □

Faites-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** (devoir se dépêcher, faire tout très vite…)

 Pas difficile |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| Très difficile

 **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10** (entourez 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 Oui1 □ Non0 □

 - est un aspect positif de votre travail Oui1 □ Non0 □

**5. Appréciations sur le travail :**

Non pas du tout 0 Plutôt non 1 Plutôt oui 2 oui tout à fait 3

 - Votre travail vous permet d’apprendre des choses □ □ □ □

 - Votre travail est varié □ □ □ □

 - Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder □ □ □ □

 - Vous avez des possibilités suffisantes d’entraide, de coopération □ □ □ □

 - Vous avez les moyens pour faire un travail de bonne qualité □ □ □ □

 - Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel  □ □ □ □

 - Vous devez faire des choses que vous désapprouvez □ □ □ □

 - Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi □ □ □ □

 - Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail □ □ □ □

 **- Vos conditions de travail vous semblent-elles satisfaisantes ?**

Les locaux, le matériel et l’ergonomie du poste □ □ □□

 Vos relations avec la hiérarchie □ □ □ □

 Vos relations avec vos collègues □ □ □ □

**- Au total, diriez-vous que vous vivez votre travail**

 **d’une manière sereine ?** □ □ □ □

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Non jamais0** | **Oui parfois1** | **Oui souvent2** | **Si Oui, est-ce difficile ou pénible ?** |
| Postures contraignantes | □ | □ | □ | **Si OUI**→ Oui 1 □ Non 0 □ |
| Effort, Port de charges lourdes | □ | □ | □ | **Si OUI**→ Oui 1 □ Non 0 □ |
| Gestes répétitifs | □ | □ | □ | **Si OUI**→ Oui 1 □ Non 0 □ |
| Importants déplacements à pied | □ | □ | □ | **Si OUI**→ Oui 1 □ Non 0 □ |
| Station debout prolongée | □ | □ | □ | **Si OUI**→ Oui 1 □ Non 0 □ |

**7. Etes-vous exposé à :**

 Oui1 Non0 Oui1 Non0 Oui1 Non0 Oui1 Non0

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Produits chimiques □ □ | Bruit > 80db □ □ | Intempéries □ □ | Champs électromagnétiques □ □ |
| Poussières, fumées □ □ | Contrainte visuelle □ □ | Pression psychologique □ □ | Déplacements à l’étranger □ □ |
| Rx ionisants □ □ | Conduite routière prolongée □ □ | Risque infectieux □ □ | Exposition solaire intense □ □ |
| Vibrations □ □ | Chaleur intense □ □ | Contact avec le public □ □(usagers, patients, clients, élèves….)  | Risque d’accident du travail (non routier) □ □ |
| Gêne sonore □ □ | Froid intense □ □ |  |
| *Autre Exposition* □ □ : |

 Formation

**1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?** oui 1 **□**non 0 **□**

  **Si oui, était-ce une formation en rapport avec votre travail actuel** : oui 1 **□** non 0 **□**

 **un futur poste** : oui 1 **□** non 0 **□**

 **une formation d’intérêt général** oui 1 □ non 0 □

**2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ?** oui 1 **□**non 0 **□**

Mode de vie

**1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive :** oui 1 **□**non 0 **□**

**2. Consommation usuelle :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabac** (nbre de cig/jour) |  Non fumeur 0  0   | Ancien fumeur1 | Moins de 5 cig 2 |  5 à 15 cig 3 |  > 15 cig 4 |
| **Café** (nbre de tasses/jour) |  Pas de café 0  0   |  1 à 4 tasses1 |  Plus de 4 tasses  2 |  |

**3. Avez-vous des trajets domicile-travail longs ou pénibles ?** oui 1 **□**non 0 **□**

**4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un problème de santé qui vous semblait en rapport avec votre activité professionnelle actuelle ?** oui 1 **□**non 0 **□**

Cela a-t-il entraîné un arrêt de travail ? oui 1 **□**non 0 **□**

Etat de santé actuel = 7 derniers jours (à remplir par le médecin ou l’infirmière)

**Questionnaire renseigné par :** le médecin 1 l’infirmier(e) 2 Nom de l’infirmier (e) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dernier entretien systématique (ou embauche) il y a : |\_\_\_| année(s) (0 si jamais d’entretien ou entretien<1an)

Lien avec le travail actuel/passé : ***0 aucun lien / 1 lien peu probable / 2 lien probable / 3 lien certain***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poids \_ \_ \_ kg Taille \_ \_ \_cm** | **Plaintes ou signes cliniques****Au cours des 7 derniers jours** | **Est-ce une gêne dans le travail** | **Traitement ou autre soin** | **Lien avec** **le Travail actuel** | **Lien avec** **le travail passé** | ***Colonne libre******« Autre »*** |
|  | **Cardio-respiratoire** |   |   |   |   |   |  |
| RAS **□** | Appareil respiratoire | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | A. Cardio-vasculaire | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | HTA | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
|  | **Neuropsychique** |   |   |   |   |   | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | Fatigue, lassitude | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | Anxiété, nervositéirritabilité | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | Troubles du sommeil | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | **Digestif**  | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
|  | **Ostéo-articulaire** |   |   |   |   |   |  |
| RAS **□** | Epaule | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | Coude | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | Poignet/Main | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | Membres inf. | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | V. Cervicales | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | V. Dorsolombaires | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | **Dermatologie**  | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |
| RAS **□** | **Troubles de l’audition** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | oui 1 **□** non0 **□** | **|\_\_\_|** | **|\_\_\_|** | **|\_|\_|** |

**Risque potentiel pour le maintien dans l’emploi actuel :**

Aucun risque0 □ risque faible1 □ risque non négligeable2 □ risque élevé3 □

**Cette ou ces anomalies peuvent-elles être déclarées en Maladie Professionnelle ?** oui 1 **□**non 0 **□**

 Si oui quel(s) tableau(x) : MP n° **|\_\_\_|\_\_\_|** MP n° **|\_\_\_|\_\_\_|**

**Ce salarié bénéficie-t-il actuellement :** d’une reconnaissance de Travailleur Handicapé (RTH, invalidité…) ? oui 1 **□**non 0 **□**

 d’un aménagement de poste ou assimilé (reclassement…) ? oui 1 **□**non 0 **□**

**Type de contrat :** CDI □ Intérim □ Saisonnier □ Apprentissage □ Autre □

*Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest*

 *(Q1)* Connaissez-vous votre planning suffisamment à l’avance ?

Jamais 0 □ Parfois 1 □ Souvent 2 □ Toujours 3 □

*(Q2)* En cas de restructuration, de modification des techniques et/ou de l’organisation du travail récents, avez-vous été consulté ?

Non concerné 0 □ Oui 1 □ Non 2 □

*(Q3)* Vivez-vous des tensions avec le public (usagers, clients,…) ?

Jamais 0 □ Parfois 1 □ Souvent 2 □ Toujours 3 □

 *(Q4)* Dans votre travail êtes-vous amené à être en contact avec des personnes en situation de détresse ?

Jamais 0 □ Parfois 1 □ Souvent 2 □ Toujours 3 □

*(Q5)* Vous arrive-t-il d’avoir peur au travail ?

Jamais 0 □ Parfois 1 □ Souvent 2 □ Toujours 3 □

*(Q6)* Vous sentez-vous capable de faire le même travail qu’actuellement jusqu’à 60 ans ou plus ?

Non pas du tout 0 □ Plutôt non 1 □ Plutôt oui 2 □ Oui tout à fait 3 □

*(Q7)* Recevez-vous des ordres contradictoires de la part d’autres personnes ?

Jamais 0 □ Parfois 1 □ Souvent 2 □ Toujours 3 □

(Q8) Généralement, dans votre travail, vous explique-t-on clairement ce que vous avez à faire ?

Oui 1 □ Non 2 □

*(Q9)* Dans votre travail, devez vous penser à trop de choses à la fois ?

Jamais 0 □ Parfois 1 □ Souvent 2 □ Toujours 3 □

*(Q10)* Dans les années à venir, pensez-vous devoir changer de qualification ou de métier ?

Non pas du tout 0 □ Plutôt non 1 □ Plutôt oui 2 □ Oui tout à fait 3 □