



**7. Etes-vous exposé à :**

Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub> Non <sub>0</sub>					
Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Champs électromagnétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déplacements à l'étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ray. ionisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque infectieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition solaire intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque d'accident du travail (non routier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gêne sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre Exposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Formation**

- 1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?** oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>   
 Si oui, était-ce une formation en rapport avec votre travail actuel : ..... oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>   
 un futur poste : ..... oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>   
 une formation d'intérêt général ..... oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>
- 2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ?** oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>

**Mode de vie**

- 1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive :** oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>
- 2. Consommation usuelle :**  
**Tabac** (nbre de cig/jour) Non fumeur<sub>0</sub>  Ancien fumeur<sub>1</sub>  Moins de 5 cig<sub>2</sub>  5 à 15 cig<sub>3</sub>  > 15 cig<sub>4</sub>   
**Café** (nbre de tasses/jour) Pas de café<sub>0</sub>  1 à 4 tasses<sub>1</sub>  Plus de 4 tasses<sub>2</sub>
- 3. Avez-vous des trajets domicile-travail longs ou pénibles ?** oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>
- 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<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>   
 Cela a-t-il entraîné un arrêt de travail ? oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>

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

Questionnaire renseigné par : le médecin<sub>1</sub>  l'infirmier(e)<sub>2</sub>  Nom de l'infirmier (e) : \_\_\_\_\_  
 Dernier entretien santé-travail (hors reprise ou demande) il y a : <1 an  2 ans  3 ans  4 ans  5 ans ou plus  Jamais

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 »
<b>Cardio-respiratoire</b>							
RAS <input type="checkbox"/>	Appareil respiratoire	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	A. Cardio-vasculaire	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	HTA	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
<b>Neuropsychique</b>							
RAS <input type="checkbox"/>	Fatigue, lassitude	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Anxiété, nervosité irritabilité	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Digestif</b>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
<b>Ostéo-articulaire</b>							
RAS <input type="checkbox"/>	Epaule	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Coude	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Poignet/Main	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Membres inf.	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	V. Cervicales	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	V. Dorsolombaires	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Dermatologie</b>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Troubles de l'audition</b>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	__	__	__

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

Aucun risque<sub>0</sub>  risque faible<sub>1</sub>  risque non négligeable<sub>2</sub>  risque élevé<sub>3</sub>

**Cette ou ces anomalies peuvent-elles être déclarées en Maladie Professionnelle ?** oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>   
 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<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>   
 d'un aménagement de poste ou assimilé (reclassement...) ? oui<sub>1</sub>  non<sub>0</sub>

**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  .....