

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

PDF 3

Données administratives et générales

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

	Non	Oui
Système respiratoire (<i>asthme, bronchite, tuberculose, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ?		
Système osseux (<i>arthrose, inflammations, douleurs, rhumatisme, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle, quand? quelle est la situation actuelle ?		
Glandes (<i>thyroïde, diabète, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ?		
Cœur et vaisseaux (<i>tension, maladies du cœur, varices, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle, quand? quelle est la situation actuelle ?		
Maladies de la peau (<i>acné, eczéma, gerçures, psoriasis, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ?		
Voies digestives (<i>gastrite, problèmes de foie ou de bile, maladies intestinales, aigreurs, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ?		
Voies urinaires (<i>problèmes de vessie, maladies des reins, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ?		
Maladies du système nerveux (<i>burn-out, dépression, épilepsie, paralysie, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ?		
Maladies du système sensoriel (<i>ouïe, vue, équilibre, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, laquelle? quand? quelle est la situation actuelle ?		
Autre problème de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, lequel? quand? quelle est la situation actuelle ?		
Uniquement pour les personnes du sexe féminin		
Souffrez-vous d'une affection gynécologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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 foies) 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"/>

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"/>
Screening tuberculose	Date dernier screening		
Test intradermo/...../.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.

