

Veillez envoyer ce questionnaire complété et signé au bureau régional de Cohezio, à l'attention du médecin du travail / le transmettre au médecin du travail (barrer ce qui ne convient pas). Ce questionnaire personnel est strictement confidentiel. Il est couvert par le secret professionnel médical.

Données administratives et générales

| | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| N° registre national: | Nom employeur/bureau intérimaire: |
| Nom + Prénom: | Adresse employeur/bureau intérimaire |
| Adresse: | Fonction: |
| Tél/gsm: | Médecin de famille: |
| E-mail: | (nom/commune) |
| Sexe: | |

Administratif – Lieu de travail (si différent)

Nom: Tél/fax:
 Adresse:
 Date début:

Médical – Antécédents des affections par système

| | Non | Oui |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Souffrez-vous / avez-vous souffert des affections suivantes: | | |
| 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? | | |
| Coeur et vaisseaux (<i>tension, maladies du coeur, 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? | | |
| Autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, laquelle? 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 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Etes-vous en bonne santé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si non, 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 d'accident et quand? | | |
| Etes-vous allergique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, à quoi? | | |
| 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"/> |
| Hépatite A | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hépatite B | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres (spécifier) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | |
| Screening tuberculose | | |
| Test intradermo | | |
| Si oui, avez-vous réagi positivement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, avez-vous été traité (radio poumons, médicaments)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

N'oubliez pas d'apporter votre carte de vaccination et vos rapports médicaux (opérations, traitements) à la consultation !

Le (la) soussigné(e) déclare que ce questionnaire a été rempli conformément à la vérité.

Il/Elle apporte les rapports médicaux importants (carte de vaccination, opérations, traitements) à la consultation.

Date
...../...../.....

Signature (*) (précédée de la mention manuscrites
« Certifié sincère et complet ») :

(*) "Je marque mon accord sur le fait que Cohezio traite mes données à caractère personnel pour les finalités propres à ma demande".
La politique concernant le traitement des données à caractère personnel de Cohezio se trouve sur le site web
www.cohezio.be/fr/declaration-de-confidentialite.

