

Service de médecine préventive – Questionnaire médical visite initiale

A compléter et à remettre au professionnel de santé lors de votre visite médicale

Nom, Prénom :

Date de naissance :

N° de tél :

Mail :

Collectivité :

Emploi occupé :

Médecin traitant :

N° de téléphone :

Activités professionnelles antérieures :

Période	Employeur	Emploi occupé

Expositions professionnelles antérieures :

Durant votre vie professionnelle, avez-vous été exposé à certains de ces éléments :

Peinture	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	- lesquels ?	- durée d'exposition :
Amiante	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	- lesquelles ?	- durée d'exposition :
Plomb	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	- lesquels ?	- durée d'exposition :
Poussières (silice)	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	- lesquelles ?	- durée d'exposition :
Bruit	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	- de quelle source ?	- durée d'exposition :
Rayons ionisants	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	- lesquels ?	- durée d'exposition :
Agents biologiques	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	- lesquels ?	- durée d'exposition :

Date de la dernière visite médicale :

Organisme :

Êtes-vous bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ? (RQTH, AAH, pension d'invalidité, AT ou maladie professionnelle avec invalidité au moins égale à 10%...) non oui

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

Avez-vous eu des arrêts de travail d'une durée >1 mois suite à une maladie ou un accident ? non oui

Si oui: Date..... Durée

Motif :

Avez-vous dû changer d'activité professionnelle suite à une maladie ou un accident ? non oui

si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

Antécédents familiaux

Un membre de votre famille proche (grands-parents, parents, oncles et tantes, frère et soeur) a-t-il souffert ou souffre t-il d'une des maladies suivantes :

Hypertension	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lien de parenté :	
Diabète	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lien de parenté :	
Infarctus	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lien de parenté :	
Acc. Vasculaire Cérébral	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lien de parenté :	
Maladie cancéreuse	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, lien de parenté :	De quel type ?

Concernant votre santé

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de pathologies de type :

Si oui, précisez laquelle et **apportez les derniers éléments médicaux** en votre possession le jour de la visite médicale.

Allergiques :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Cardio-vasculaires :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Respiratoires :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Endocriniens (diabète, thyroïde...) :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Digestifs :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Articulaires :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Urinaires :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Gynécologiques :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Neurologiques (vertiges, migraines...) :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Ophthalmologiques : <i>Si vous portez des corrections, pensez à les amener le jour de votre visite médicale.</i>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
ORL : <i>Si vous portez des prothèses auditives, pensez à les amener le jour de votre visite médicale</i>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Psychiatriques	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Addiction à certaines drogues : <i>Si oui, lesquelles :</i>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Prenez-vous un traitement médical : <i>Si oui, pensez à amener votre ordonnance le jour votre visite médicale.</i>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Habitudes de vie

Êtes-vous fumeur ? Si oui, depuis combien d'années fumez-vous : Quelle est votre consommation quotidienne :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Consommez-vous de l'alcool ? Si oui, à quelle fréquence :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
La qualité de votre sommeil est-elle correcte ? Si non, précisez pour quelles raisons :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Pratiquez-vous une activité physique régulière ? Si oui, précisez laquelle :	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Quel est en minutes, le temps de trajet entre votre domicile et votre lieu de travail ?	
Quel moyen de transport utilisez-vous pour vous rendre sur votre lieu de travail ?	

Par ma signature, je confirme avoir rempli ce formulaire consciencieusement, sans omettre d'informations importantes ni donné de fausses informations. Je donne également mon accord à mon médecin traitant de communiquer, si besoin, au médecin de prévention, les éléments médicaux concernant mon état de santé.

Lieu et date :

Signature :

Centre de gestion de la Fonction Publique Territoriale du Tarn

13 rue Alain Colas, 81000 Albi
Tél. : 05 63 60 16 50 · Email : cdg81@cdg81.fr
www.cdg81.fr