

**Questionnaire médical CONFIDENTIEL / Medical questionnaire CONFIDENTIAL**

A l'usage exclusif du médecin du travail / For exclusive use of the occupational physician

Renseignements administratifs / Administrative informations			
<b>Nom :</b> <i>Name :</i>		<b>Faculté / Unité :</b> <i>Faculty / Unit</i>	
<b>Prénom :</b> <i>Forename :</i>		<b>Groupe / Lieu :</b> <i>Group / Location</i>	
<b>Date de naissance :</b> <i>Date of birth :</i>		<b>Fonction :</b> <i>Professional fonction</i>	
<b>Adresse privée :</b> <i>Private address :</i>		<b>N° AVS :</b> <i>AVS number :</i>	
<b>Téléphone :</b> <i>Phone number :</i>		<b>N° SCIPER :</b> <i>SCIPER number :</i>	
<b>Date du début d'activité à l'EPFL et type de contrat :</b> <i>Starting date of activity at EPFL and type of contract :</i>			

Le collaborateur nommé ci-dessus s'engage à répondre, conformément à la vérité, à toutes les questions posées. Toutes les informations transmises seront traitées de manière **strictement confidentielle**. Le document rempli est à retourner par courrier postal (à l'adresse ci-dessous) ou sous forme scannée à [sante@epfl.ch](mailto:sante@epfl.ch). Merci de joindre une **copie du carnet de vaccination**.

*The above mentioned collaborator commits to answer truthfully to all questions. All information will be treated with strict confidentiality. The completed document must be returned by post (address below) or by e-mail at [sante@epfl.ch](mailto:sante@epfl.ch). Please attach a **copy of the vaccination booklet**.*

ADRESSE / RETURN ADDRESS :

**CONFIDENTIEL**  
EPFL RHO DSPS  
Médecine du travail  
Station 4  
1015 Lausanne

INFORMATIONS GÉNÉRALES GENERAL INFORMATION		
<b>Sexe :</b> <i>Gender</i>	masculin : <input type="checkbox"/> <i>male</i>	féminin : <input type="checkbox"/> <i>female</i>
<b>Poids et taille :</b> <i>Weight and size</i>	kg                      cm	
<b>Prise régulière de médicaments :</b> <i>Regular medication</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>	si oui, lesquels : <i>if yes, name and dose</i>
<b>Tabac :</b> <i>Tabacco consumption</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>	si oui, combien : <i>how many cigarettes per day</i>
<b>Alcool :</b> <i>Alcohol consumption</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>	verres par jour <i>drink / unit per day</i>
<b>Cannabis (Marijuana, haschisch)</b>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>	si oui, combien : <i>if yes, how much</i>
<b>Autres drogues :</b> <i>Other drugs</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>	si oui, lesquelles : <i>if yes, which ones</i>
<b>Activité physique :</b> <i>Physical activity</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>	si oui, à quelle fréquence : <i>if yes, how often</i>
<b>Connaissez-vous votre tension artérielle habituelle ?</b> <i>Do you know your usual blood pressure?</i>	oui : <input type="checkbox"/> ; dernières mesure :      /      mmHg <i>last reading</i>	
	non : <input type="checkbox"/>	
<b>Trouble de la vision :</b> <i>Visual impairment</i>	Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles de contact <input type="checkbox"/> <i>Glasses                      Contact lens</i>	Type de correction : <i>Type of correction</i>

INFORMATIONS MÉDICALES MEDICAL INFORMATION	
<b>1. Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ?</b> <i>Do you feel currently healthy?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si non, pourquoi ? <i>If not why ?</i>	
<b>2. Souffrez-vous, ou avez-vous souffert, d'affections ou de troubles ?</b> <i>Do you suffer, or have you suffered, from any affections or disorders below?</i>	
De l'appareil locomoteur (muscles, os), articulation et du dos en particulier <i>musculoskeletal system (muscles, bones), articulation and back</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Des yeux et de l'audition <i>eyes and hearing</i>	oui <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
De la peau <i>skin</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>

De troubles métaboliques (p.ex. diabète, problèmes hormonaux) <i>metabolic disorders (eg. diabetes, hormonal problems)</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
D'allergies <i>allergies</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
De migraines, de vertiges, ou d'autres problèmes neurologiques <i>migraines, vertigo or other neurological problems</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
De troubles cardiaques, vasculaires ou respiratoires <i>cardiac, vascular or respiratory disorders</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
D'autres troubles non mentionnés ci-dessus <i>other affections or disorders not mentioned above</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, détaillez votre réponse ci-après <i>If yes, which ones ?</i>	
<b>3. Devez-vous suivre actuellement un traitement médical régulier ?</b> <i>Do you need to follow regular medical treatment or medication</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, pourquoi et lequel ? <i>If yes, which ones and why?</i>	
<b>4. Avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) ces cinq dernières années ?</b> <i>Have you been hospitalized or operated in the last five years</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, quand et pour quelles raisons ? <i>If yes, when and why?</i>	
<b>5. Avez-vous subi des investigations médicales approfondies durant ces cinq dernières années ?</b> <i>Have you had extensive medical investigations in the past five years?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, quand et pour quelles raisons ? <i>If yes, when and why?</i>	
<b>6. Pensez-vous souffrir actuellement de séquelles de maladies ou d'accidents antérieurs ?</b> <i>Do you think you are currently suffering from the effects of previous illnesses or accidents?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, nature des séquelles ? <i>If yes, nature of the sequelae?</i>	
<b>7. Recevez-vous, ou avez-vous reçu au cours des cinq dernières années des soins pour des difficultés psychologiques ou psychiatriques, y-compris des problèmes de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances ?</b> <i>Do you receive, or have you received in the last five years, care for psychological or psychiatric difficulties, including problems with alcohol or other addictions?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, quand et durant combien de temps ? <i>If yes, when and how long?</i>	
<b>8. Avez-vous dû au cours des cinq dernières années interrompre votre activité professionnelle pendant plus de deux semaines consécutives en raison d'un problème médical ?</b> <i>Have you had to interrupt your professional activity for more than two consecutive weeks in the last five years, due to a medical problem?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>

Nom et spécialité de votre/vos médecin(s) traitant(s) : <i>Name and specialty of your treating physician(s)</i>	
<b>Nom / prénom :</b> <i>Name</i>	<b>Spécialité :</b> <i>Specialty</i>
<b>Adresse :</b> <i>Address</i>	<b>N° postal/Ville :</b> <i>Postal number / City</i>
<b>Nom / prénom :</b> <i>Name</i>	<b>Spécialité :</b> <i>Specialty</i>
<b>Adresse :</b> <i>Address</i>	<b>N° postal/Ville :</b> <i>Postal number / City</i>

Remarques et questions : <i>Remarks and questions</i>

**Déclaration du collaborateur**  
*Statement of the collaborator*

Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu complètement et conformément à la vérité à toutes les questions de ce formulaire médical. Toutes voies de droit utiles sont réservées si l'employeur devait, par des réponses fausses ou incomplètes, être sciemment induit en erreur.

Il/elle autorise les médecins qui l'ont traité(e) à fournir au médecin du travail de l'entreprise toute indication nécessaire à déterminer l'aptitude médicale à remplir les tâches de l'emploi sollicité.

The undersigned certifies to have answered completely and truthfully to all the questions of this medical form. All legal remedies are reserved if the employer was, through false or incomplete answers, knowingly misled. The undersigned authorizes the physicians who treated him/her to provide the EPFL occupational physician with any indication necessary to determine the medical fitness/aptitude to perform the tasks related to his/her professional activity.

<b>Lieu, date :</b> <i>Place, date</i>	<b>Signature du collaborateur :</b> <i>Signature</i>
---	---

**Exposition professionnelle / Occupational exposure**

<b>Travaillez-vous uniquement dans un poste administratif ?</b> <i>Do you uniquely perform administrative tasks?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous uniquement dans des activités informatiques ou bio-informatiques ?</b> <i>Do you uniquely perform computing or bio-computing activities?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous avec des CMR (cancérogène, mutagène, reprotoxique) ?</b> <i>Do you work with CMR substances (mutagenic, carcinogenic, reprotoxic)?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ? <i>If yes, which substances?</i>	
<b>Travaillez-vous avec des cytostatiques (inhibiteurs de mitoses) ?</b> <i>Do you work with cytostatic drugs (mitosis inhibitors)?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ? <i>If yes, which substances?</i>	
<b>Travaillez-vous avec des solvants ?</b> <i>Do you work with solvents?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ? <i>If yes, which substances?</i>	
<b>Travaillez-vous avec d'autres produits chimiques ?</b> <i>Do you work with other chemicals / drugs?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ? <i>If yes, which substances?</i>	
<b>Travaillez-vous avec des neurotoxines ?</b> <i>Do you work with neurotoxins?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquelles ? <i>If yes, which neurotoxins?</i>	
<b>Travaillez-vous avec de l'arsenic, du plomb et/ou du mercure ?</b> <i>Do you work with arsenic, lead and/or mercury?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous avec des nanomatériaux ?</b> <i>Do you work with nanomaterials?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, de quelle nature ? <i>If yes, of what type?</i> Si oui, à quelle fréquence ? <i>If yes, of how often?</i> Plus de 200 heures par années <input type="checkbox"/> <i>More than 200 hours per year</i> Moins de 200 heures par années <input type="checkbox"/> <i>Less than 200 hours per year</i> Si oui, travaillez-vous dans un environnement de travail : De type Nano 1 : <input type="checkbox"/> <i>If yes, do you work in one of these labs?</i> De type Nano 2 : <input type="checkbox"/> De type Nano 3 : <input type="checkbox"/>	
<b>Travaillez-vous avec ou êtes-vous en contact avec du matériel biologique d'origine humaine ou animale (lignées cellulaires, tissus/biopsies, organes, sang, etc.)?</b> <i>Do you work with or are you in contact with biological material from human or animal origin (cell lines, tissues / biopsies, organs, blood, etc.)?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>

Si oui, de quelle nature ? <i>If yes, of what type?</i>	
<b>Travaillez-vous avec des organismes potentiellement infectieux ou pathogènes ?</b> <i>Do you work with potentially infectious organisms or pathogens?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, de quelle nature ? <i>If yes, of what type?</i> Si oui, travaillez-vous dans un environnement de travail : De type P1 : <input type="checkbox"/> <i>If yes, do you work in one of these labs?</i> De type P2 : <input type="checkbox"/> De type P3 : <input type="checkbox"/>	
<b>Travaillez-vous ou avez-vous travaillé avec des souches infectieuses de tuberculose ?</b> <i>Do you work or did you work with infectious strains of tuberculosis?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous avec des animaux de laboratoires ?</b> <i>Do you work with laboratory animals?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous avec des sources radioactives ?</b> <i>Do you work with ionizing radiations?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
Si oui, de quelle nature ? <i>If yes, of what type?</i>	Non-scellées ( <i>Shielded</i> ) : <input type="checkbox"/> Scellées ( <i>Unshielded</i> ): <input type="checkbox"/> Irradiateur $\gamma$ : <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/>
Si oui, travaillez-vous dans un environnement de travail : De type labo B : <input type="checkbox"/> <i>If yes, do you work in one of these labs?</i>	De type labo C : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous avec des appareils émetteurs de rayons X</b> <i>Do you work with X-ray equipment?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous avec des lasers ?</b> <i>Do you work with lasers?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous dans un environnement bruyant ?</b> <i>Do you work in a noisy environment?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous de nuit ou assurez-vous un service de piquet ?</b> <i>Do you work at night (night shift work) or do you assure a call/picket service?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous de manière isolée et/ou dans des espaces confinés ?</b> <i>Do you work in isolation/alone and / or in confined spaces?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Travaillez-vous avec des champs magnétiques et/ou des courants électriques ?</b> <i>Do you work with magnetic fields and / or electric currents?</i>	oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>
<b>Veillez décrire brièvement votre activité professionnelle :</b> <i>Please describe briefly your professional activities:</i>	