SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL (SST)

EPFL VPO-SE OHS-ST
Médecine du travail
BS 172
Station 4
CH 1015 Lausanne

Téléphone: +4121 693 20 07
Fax: +4121 693 26 15
E-mail: sante@epfl.ch
Site web: https://securite.epfl.ch

CONFIDENTIEL / *CONFIDENTIAL*

Questionnaire médical / *Medical questionnaire*

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

Renseignements administratifs *Administrative informations*			
Nom : *Name*		**Faculté / Unité :** *Faculty / Unit*	
Prénom : *Forename*		**Groupe / Lieu :** *Group / Location*	
Date de naissance : *Date of birth*		**Fonction :** *Professional fonction*	
Adresse privée : *Address*		**N° AVS :**	
Téléphone : *Phone number*		**N° Sciper :**	
Date du début d'activité à l'EPFL et la durée de contrat : *Starting date of activity at EPFL and the due of contract*			

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, ou à nous transmettre le jour de la consultation. 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 or give it to us on the day of the consultation. Please attach a **copy of the vaccination booklet**.*

ADRESSE / *RETURN ADDRESS:*

CONFIDENTIEL
EPFL VPO-SE OHS-ST
Médecine du travail
Santé et Sécurité au Travail (SST)
Tél. + 41 21 693 20 07
EPFL VPO-SE OHS-ST | BS 172 | Station 4| CH-1015 Lausanne
http://securite.epfl.ch

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

INFORMATIONS MÉDICALES *MEDICAL INFORMATIONS*	
1. Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ? *Do you feel currently healthy?*	oui : ☐ non : ☐
Si non, pourquoi ? *If not why ?*	
2. Souffrez-vous, ou avez-vous souffert, d'affections ou de troubles ? *Do you suffer, or have you suffered, from any affections or disorders below?*	
de l'appareil locomoteur (muscles, os), articulation et du dos en particulier *musculoskeletal system (muscles, bones), articulation and back*	oui : ☐ non : ☐
des yeux et de l'audition *eyes and hearing*	oui ☐ non : ☐
de la peau *skin*	oui : ☐ non : ☐
de troubles métaboliques (p.ex. diabète, problèmes hormonaux) *metabolic disorders (eg. diabetes, hormonal problems)*	oui : ☐ non : ☐

d'allergies *allergies*	oui : ☐ non : ☐
de migraines, de vertiges, ou d'autres problèmes neurologiques *migraines, vertigo or other neurological problems*	oui : ☐ non : ☐
de troubles cardiaques, vasculaires ou respiratoires *cardiac, vascular or respiratory disorders*	oui : ☐ non : ☐
d'autres troubles non mentionnés ci-dessus *other affections or disorders not mentioned above*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, détaillez votre réponse ci-après *If yes, which ones ?*	
3. Devez-vous suivre actuellement un traitement médical régulier ? *Do you need to follow regular medical treatment or medication*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, pourquoi et lequel ? *If yes, which ones and why?*	
4. Avez-vous été hospitalisé(e) ou opéré(e) ces cinq dernières années ? *Have you been hospitalized or operated in the last five years*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, quand et pour quelles raisons ? *If yes, when and why?*	
5. Avez-vous subi des investigations médicales approfondies durant ces cinq dernières années ? *Have you had extensive medical investigations in the past five years?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, quand et pour quelles raisons ? *If yes, when and why?*	
6. Pensez-vous souffrir actuellement de séquelles de maladies ou d'accidents antérieurs ? *Do you think you are currently suffering from the effects of previous illnesses or accidents?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, nature des séquelles ? *If yes, nature of the sequelae?*	
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 ? *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?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, quand et durant combien de temps ? *If yes, when and how long?*	
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 ? *Have you had to interrupt your professional activity for more than two consecutive weeks in the last five years, due to a medical problem?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, quand et pour quelles raisons ? *If yes, when and why?*	

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

Remarques et questions : *Remarks and questions*

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.

Lieu, date : *Place, date*	**Signature du collaborateur :** *Signature*

Exposition professionnelle / *Occupational exposure*

Travaillez-vous uniquement dans un poste administratif ? *Do you uniquely perform administrative tasks?*	oui : ☐ non : ☐
Travaillez-vous uniquement dans des activités informatiques ou bio-informatiques ? *Do you uniquely perform computering or bio-computering activities?*	oui : ☐ non : ☐
Travaillez-vous avec des CMR (cancérigène, mutagène, reprotoxique) ? *Do you work with CMR substances (mutagenic, carcinogenic, reprotoxic)?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, lesquelles ? *If yes, which substances?*	
Travaillez-vous avec des cytostatiques (inhibiteurs de mitoses) ? *Do you work with cytostatic drugs (mitosis inhibitors)?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, lesquelles ? *If yes, which substances?*	
Travaillez-vous avec des solvants ? *Do you work with solvents?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, lesquelles ? *If yes, which substances?*	
Travaillez-vous avec d'autres produits chimiques ? *Do you work with other chemicals / drugs?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, lesquelles ? *If yes, which substances?*	
Travaillez-vous avec des neurotoxines ? *Do you work with neurotoxins?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, lesquelles ? *If yes, which neurotoxins?*	
Travaillez-vous avec de l'arsenic, du plomb et/ou du mercure ? *Do you work with arsenic, lead and/or mercury?*	oui : ☐ non : ☐
Travaillez-vous avec des nanomatériaux ? *Do you work with nanomaterials?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, de quelle nature ? *If yes, of what type?* Si oui, à quelle fréquence ? *If yes, of how often?* Plus de 200 heures par années ☐ *More than 200 hours per year* Moins de 200 heures par années ☐ *Less than 200 hours per year* Si oui, travaillez-vous dans un environnement de travail : *If yes, do you work in one of these labs?*	De type Nano 1 : ☐ De type Nano 2 : ☐ De type Nano 3 : ☐
Travaillez-vous avec ou êtes-vous en contact avec du matériel biologique d'origine humaine tel que tissu/biopsies, organes, sang, etc. (lignée cellulaire purifiée non inclue) ? *Do you work with or are you in contact with biological material from human origin as tissue / biopsies, organs, blood, etc. (purified cell line not included) ?*	oui : ☐ non : ☐
Si oui, de quelle nature ? *If yes, of what type?*	

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