

Questionnaire médical



Avant de remplir ce questionnaire assurez-vous que :

- votre employeur a transmis pour vous une demande patronale pour examen d'embauche au STM,
- l'entreprise pour laquelle vous travaillez est bien affiliée au STM.

Si l'une ou plusieurs de ces exigences ne sont pas remplies, votre questionnaire ne pourra pas être pris en considération et sera détruit afin de respecter les exigences du RGPD.

Dans quel cas utiliser le questionnaire médical ci-après ?

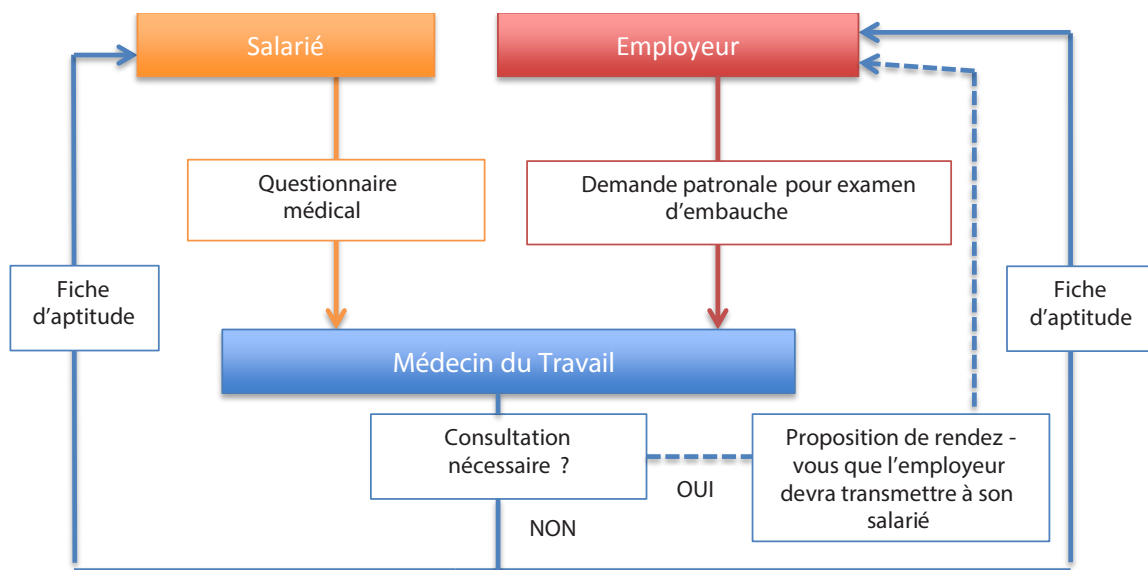
Certaines **visites d'embauche** pourront être remplacées par un avis sur dossier basé sur les données d'un questionnaire médical rempli par le salarié.

Le questionnaire peut être utilisé pour certains postes définis par le STM. Suite à la réception de la demande patronale, le STM communiquera à l'employeur la nécessité ou non de faire remplir le questionnaire médical par son salarié.

Quelle est la démarche à suivre ?

- 1.** L'employeur transmet au STM une « Demande patronale » pour l'examen d'embauche de son travailleur.
- 2.** Si le STM juge que le poste de travail le permet (*voir plus haut dans quel cas utiliser le questionnaire*), le salarié transmet au STM le « **Questionnaire médical** » ci-après complété.
- 3.** Sur base du **questionnaire et de la demande patronale**, le médecin du travail décide, soit de l'aptitude, soit d'une convocation du salarié en visite médicale. **Sans la demande patronale émise par l'employeur, le dossier ne pourra pas être traité.**
- 4.** En cas d'aptitude au poste de travail, la fiche d'examen médical sera transmise à l'employeur et au salarié.

En cas de besoin, un rendez-vous pourra toujours être sollicité à la demande du salarié ou de l'employeur. Si suite à l'étude des données récoltées via le questionnaire, une consultation s'avère nécessaire, un rendez-vous sera proposé à l'employeur qui sera en charge d'informer son salarié de la date programmée.



Ce questionnaire vous est proposé pour aider le service médical du STM. Il devrait permettre au médecin du travail de délivrer une fiche d'aptitude pour votre nouveau poste.

A COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ ET À ENVOYER PAR COURRIER ACCOMPAGNÉ DES DOCUMENTS DEMANDÉS CI-APRÈS AU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR PRISE DE POSITION. NE PAS TRANSMETTRE LE DOCUMENT À L'EMPLOYEUR. CE QUESTIONNAIRE NE POURRA ÊTRE TRAITÉ PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL QU'APRÈS RÉCEPTION DE LA DEMANDE PATRONALE ÉMISE PAR L'EMPLOYEUR.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIÉ

Nom de naissance Prénom

Matricule

ou date de naissance *année* *mois* *jour*

Adresse

Code postal Ville

Téléphone :

Nom de l'entreprise qui vous emploie :

Poste de travail occupé dans l'entreprise :

Cochez la case qui convient pour chaque question et complétez

* une réponse à chaque question est obligatoire

	AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :	OUI*	NON*
1	Une maladie du cœur, des artères ou des veines (hypertension, infarctus, des malaises avec ou sans perte de connaissance, troubles du rythme...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
2	Des problèmes respiratoires (asthme...), une allergie, une maladie des poumons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
3	Une maladie des organes abdominaux (estomac, foie, intestins...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
4	Une maladie des reins ou des voies urinaires (infection, calcul...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		

	AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :	OUI	NON
5	Une maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
6	Une maladie contagieuse importante/chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
7	Une maladie métabolique : diabète, trouble thyroïdien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles - Est-elle accompagnée de malaises ? Quel type de malaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Une maladie des os, des articulations, des tendinites, une fracture, ou des séquelles articulaires dues à un accident, un mal de dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
9	Une maladie neurologique (troubles de l'équilibre : vertiges, perte de connaissance, épilepsie, des apnées du sommeil, tumeur cérébrale...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
10	Souffert d'une dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Une maladie psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
12	Une maladie des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
	Avez-vous subi une opération au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		
	Portez vous des lunettes ou des lentilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui lesquelles (pour voir de loin, pour voir de près, verres progressifs...) ?			

	AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :	OUI*	NON*
13	Des problèmes au niveau du nez, de la gorge, des oreilles (tinnitus/acouphènes), de la langue...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquels		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
14	Des problèmes de peau (irritation, allergie, eczéma..) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquels		
	Année d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
15	Des opérations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquelles		
	En quelle(s) année ?..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles		
16	Avez-vous eu ou avez-vous d'autres maladies non mentionnées ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquels		
	Année(s) d'apparition Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles.....		
17	Prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquels		
18	Avez-vous une activité physique régulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui quel type d'activité		
	A quelle fréquence		
19	Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui combien de cigarettes par jour		
	Etes-vous ancien fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Consommez-vous/prenez-vous régulièrement :		
	- de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui combien de verres par jour.....		
21	Consommez-vous/prenez-vous régulièrement des drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, précisez la/lesquelles (cannabis, stimulants, autres drogues)		
		
22	Avez-vous suivi ou suivez-vous une cure de désintoxication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle		

Votre poids (kg) :

Votre taille (m) :

Joindre à ce document :

- une copie de votre carte de vaccination,
- d'éventuelle(s) copie(s) de vos rapport(s) médical(aux) qui vous semblerait(ent) utile(s) pour la prise de décision.

Je soussigné(e) Madame/Monsieur

certifie avoir rempli ce questionnaire concernant mon état de santé, sans n'y avoir rien oublié.

Cette déclaration est sincère et véritable.

Les réponses à ce questionnaire font partie intégrante de mon dossier médical et par conséquent restent strictement confidentielles.

Je suis conscient(e) des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.

Renvoyez l'original signé ainsi que les documents demandés par courrier au :

Service de Santé au Travail Multisectoriel
32, rue Glesener
L-1630 LUXEMBOURG

Date et signature manuscrite du déclarant
(obligatoire)