

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE

Nom de naissance Prénom

Matricule

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

Adresse

Code postal Ville

Téléphone :

Poste occupé : Conducteur Matelot Homme de pont Expert en navigation passagers
 Timonier Maître matelot Expert en GNL

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

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

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.

**Ce questionnaire dûment rempli et signé est à présenter
au médecin du travail lors de la visite médicale**

**Date et signature manuscrite du déclarant
(obligatoire)**