

# 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 ?

Dans le cadre de la crise sanitaire actuelle et afin de réduire dans la mesure du possible le déplacement des salariés, 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 tous les postes de travail à l'embauche sauf pour ceux cités ci-après pour lesquels un examen médical réalisé au STM est obligatoire :**

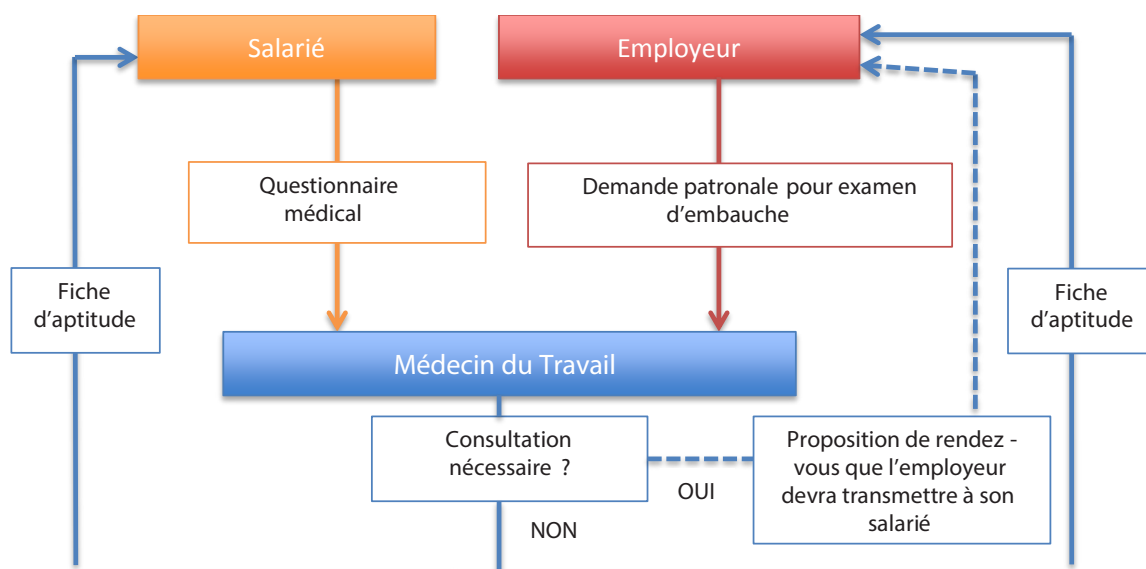
- Les salariés occupant un poste de sécurité,
- Les soignants,
- Les ouvriers travaillant en hauteur non sécurisée par un échafaudage (ouvriers de la toiture, voltigeurs),
- Les ouvriers du bâtiment avec conduite d'engins,
- Les ouvriers des ateliers utilisant des machines dangereuses (menuisiers par ex).

**Il est inutile de remplir un questionnaire pour ces postes, car une visite médicale sera programmée automatiquement**

## Quelle est la démarche à suivre ?

1. L'employeur transmet au STM une « Demande patronale » pour examen d'embauche.
2. Si son 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-APRES 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

Poste de travail occupé dans l'entreprise

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

Nom de 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 .....   |                          |                          |

|   | <b>AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :</b>  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>5</b>  | 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 .....  |                          |                          |
| <b>6</b>  | 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 .....  |                          |                          |
| <b>7</b>  | 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 ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quel type de malaise .....  |   |                          |                          |
| <b>8</b>  | 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 .....  |                          |                          |
| <b>9</b>  | 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 .....  |                          |                          |
| <b>10</b>   | 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 .....  |                          |                          |
| - Souffrez-vous de dépression ?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                          |
| <b>11</b>   | 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..) ? |   |                          |                          |
| .....   |   |                          |                          |

|           | <b>AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :</b>  | <b>OUI*</b>              | <b>NON*</b>              |
|-----------|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>12</b> | 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 .....  |                          |                          |
| <b>13</b> | 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 .....  |                          |                          |
| <b>14</b> | 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 .....  |                          |                          |
| <b>15</b> | 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.....   |                          |                          |
| <b>16</b> | Prenez-vous des médicaments ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           | Si oui lesquels .....   |                          |                          |
| <b>17</b> | Avez-vous une activité physique régulière ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           | Si oui quel type d'activité .....   |                          |                          |
|           | A quelle fréquence .....  |                          |                          |
| <b>18</b> | 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"/> |
| <b>19</b> | Consommez-vous/prenez-vous régulièrement :  |                          |                          |
|           | - de l'alcool ?<br>Si oui combien de verres par jour.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>20</b> | Consommez-vous/prenez-vous régulièrement des drogues ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|           | Si oui, précisez la/lesquelles (cannabis, stimulants, autres drogues)<br>.....                    |                          |                          |
| <b>21</b> | 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)*