

Date du jour : __/__/__

Nom du Médecin : _____

SST : _____ SAISIE **EVREST SUD 2010**Nom JF Prénom Sexe (M/F) |_| Date naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Département naissance |_|_| PCS |_|_|_|_|_| Entreprise |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Code NAF 2003 |_|_|_|_|_| ou Code NAF 2008 |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nombre de salariés |_|_|_|_|_| Service/atelier... (facultatif) |_|_|_|_|_| Salarié |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Conditions de travail1. Depuis un an avez-vous changé de travail ? oui 1 non 0
Si oui, était-ce pour raison médicale ? oui 1 non 0 2. Travaillez-vous à temps plein ? oui 1 non 0 3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ? oui 1 non 0 Avez-vous régulièrement - des coupures de plus de 2 heures oui 1 non 0 - des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) oui 1 non 0 - des horaires irréguliers ou alternés oui 1 non 0 - du travail de nuit (entre 0h et 5h) oui 1 non 0 Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h oui 1 non 0

4. Contrainte de temps :

a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de : jamais 0 rarement 1 assez souvent 2 très souvent 3

- dépasser vos horaires normaux - sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause - traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite...)

Pas difficile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très difficile
(entourez un chiffre)

c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?

oui 1 non 0 Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité : - perturbe votre travail Oui₁ Non₀ - est sans conséquence pour votre travail Oui₁ Non₀ - est un aspect positif de votre travail Oui₁ Non₀

5. Appréciations sur le travail :

- Diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?

Non pas du tout 0 Plutôt non 1 Plutôt oui 2 oui tout à fait 3

- Il vous permet d'apprendre des choses - Il est varié - Vous pouvez choisir la façon de procéder - Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération - Avez-vous le sentiment que dans l'ensemble, votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?

- Pour faire un travail de bonne qualité, vous disposez :

- de formation et d'informations suffisantes - d'objectifs et de consignes clairement définis

- Vos conditions de travail vous semblent-elles satisfaisantes ?

Les locaux, le matériel et l'ergonomie du poste Vos relations avec la hiérarchie Vos relations avec vos collègues - Au total, diriez-vous que vous vivez votre travail d'une manière sereine ?

6 - Charge physique. Votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

	Non jamais ₀	Oui parfois ₁	Oui souvent ₂	Si Oui, est-ce difficile ou pénible ?
Postures contraignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>

7. Etes-vous exposé à :

Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀	
Produits chimiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Champs électromagnétiques	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Déplacements à l'étranger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Agent biologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Exposition solaire intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Risque d'accident du Travail (non routier)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gêne sonore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

Formation

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ? oui₁ non₀

Si oui, était-ce une formation en rapport avec votre travail actuel : oui₁ non₀

un futur poste : oui₁ non₀

une formation d'intérêt général oui₁ non₀

2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ? oui₁ non₀

Mode de vie

1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité sportive : oui₁ non₀

2. Consommation usuelle :

Tabac (nbre de cig/jour) Non fumeur₀ Ancien fumeur₁ Moins de 5 cig₂ 5 à 15 cig₃ > 15 cig₄

Café (nbre de tasses/jour) Pas de café₀ 1 à 4 tasses₁ Plus de 4 tasses₂

3. Avez-vous des trajets domicile-travail longs ou pénibles ? oui₁ non₀

4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un problème de santé qui vous semblait en rapport avec votre activité professionnelle actuelle ? oui₁ non₀

Cela a-t-il entraîné un arrêt de travail ? oui₁ non₀

Etat de santé renseigné par le médecin

Dernier entretien systématique (ou embauche) il y a : |__| année(s) (0 si jamais d'entretien ou entretien < 1an)

Lien avec le travail actuel/passé : 0 = aucun lien / 1 = lien peu probable / 2 = lien probable / 3 = lien certain

Poids ___ kg	Taille ___ cm	Existence de Plaintes ou de signes cliniques	Est-ce une gêne dans le travail	Consommation de médicaments	Pathologie diagnostiquée	Lien avec le Travail actuel	Lien avec le travail passé
Cardio-respiratoire							
RAS <input type="checkbox"/>	Appareil respiratoire	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	A. Cardio-vasculaire	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	HTA	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
Neuropsychique							
RAS <input type="checkbox"/>	Fatigue, lassitude	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Anxiété, nervosité irritabilité	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Digestif	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
Ostéo-articulaire							
RAS <input type="checkbox"/>	Epaule	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Coude	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Poignet/Main	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Membres inf.	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	V. Cervicales	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	V. Dorsolombaires	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Dermatologie	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles de l'audition	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__	__

Risque potentiel pour le maintien dans l'emploi actuel :

Aucun risque₀ risque faible₁ risque non négligeable₂ risque élevé₃

Cette ou ces anomalies peuvent-elles être déclarées en Maladie Professionnelle ? oui₁ non₀

Si oui quel(s) tableau(x) : MP n° |__| |__| MP n° |__| |__|

Ce salarié bénéficie-t-il actuellement : d'une reconnaissance de Travailleur Handicapé (RTH, invalidité...) ? oui₁ non₀
d'un aménagement de poste ou assimilé (reclassement...) ? oui₁ non₀

Type de contrat : CDI Intérim Saisonnier Apprentissage Autre