

EVREST 2010

Nom JF Prénom Sexe (M/F) | _ | Date naissance | _ | _ | / | _ | _ | / | _ | _ | _ | _ |
 Départ. naissance | _ | _ | PCS | _ | _ | _ | _ | Entreprise | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | NAF2003 | _ | _ | _ | _ | ou
 NAF2008 | _ | _ | _ | _ |
 Nb salariés | _ | _ | _ | _ | Atelier/service (facultatif) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Salarié | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Conditions de travail

1. Depuis 1 an, avez-vous changé de travail ? Oui₁ ☐ Non₀ ☐
 Si oui, était-ce pour raison médicale ? Oui₁ ☐ Non₀ ☐
2. Travaillez vous à temps plein ? Oui₁ ☐ Non₀ ☐
3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale
 - Avez-vous régulièrement :
 - Des coupures de plus de 2 heures : Oui₁ ☐ Non₀ ☐
 - Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) Oui₁ ☐ Non₀ ☐
 - Des horaires irréguliers ou alternés Oui₁ ☐ Non₀ ☐
 - Du travail de nuit (entre 0h et 5h) Oui₁ ☐ Non₀ ☐
 - Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h ? Oui₁ ☐ Non₀ ☐
4. Contrainte de temps :
 a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de :
 - Dépasser vos horaires normaux Jamais₀ ☐ Rarement₁ ☐ Assez souvent₂ ☐ Très souvent₃ ☐
 - 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 (Entourer un chiffre)
- c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ? Oui₁ ☐ Non₀ ☐
- 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 tout₀ Plutôt Non₁ Plutôt oui₂ Oui tout à fait₃
- Il vous permet d'apprendre des choses ☐ ☐ ☐ ☐
- Il est varié ☐ ☐ ☐ ☐
- Vous pouvez choisir vous même 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 ☐ ☐ ☐ ☐

6. Charge physique du poste de travail 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"/>	Gêne sonore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Agent biologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Vibrations	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<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 fumeur ₀ ☐

Ancien fumeur₁ ☐

Moins de 5 cig ₂ ☐

5 à 15 cig ₃ ☐

> 15 cig ₄ ☐

Café (nbre de tasses/jour)

Pas de café ₀ ☐

1 à 4 tasses₁ ☐

Plus de 4 tasses ₂ ☐

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

Oui₁ ☐

Non₀ ☐

État de santé (à remplir par le médecin ou l'infirmière)

Dernier entretien systématique (ou embauche) il y a :

| _ | année(s)

(0 si jamais d'entretien ou entretien <1 an)

Poids : _ _ _ kg Taille : _ _ _ cm

		Existence de plaintes ou de signes cliniques	Est-ce une gêne dans le travail ?	Consommation de médicaments	Pathologie diagnostiquée
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"/>	- appareil 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"/>
Neuro-psychique					
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"/>	-membres supérieurs <i>épaule</i>	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"/>	<i>coude</i>	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"/>	<i>poignet / main</i>	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 inférieurs	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"/>	-vertèbres 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"/>	-vertèbres dorso-lombaires	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"/>	Dermato	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"/>