



Questionnaire médical

(A remplir par l'employeur, puis par le salarié, et à retourner à l'OMT par le salarié au moyen de l'enveloppe fournie)

PARTIE EMPLOYEUR

<p><u>Salarié</u></p> <p>Nom :</p> <p>Nom de jeune fille :</p> <p>Prénom :</p> <p>Sexe (M/F) :</p> <p>Date naissance :</p> <p>N° CCSS :</p>	<p><u>Médecin du Travail</u></p> <p>Nom du médecin :</p> <p><u>Employeur</u></p> <p>Nom de l'employeur :</p> <p>N° CAR :</p> <p><u>Poste de travail</u></p> <p>N° de permis :</p> <p>Poste de travail :</p>
---	---

Responsable du personnel

Nom : -----

Téléphone : -----

Email : -----

Conditions d'embauchage

Type de contrat : CDI CDD Intérim Saisonnier Apprentissage Autre

Durée de travail hebdomadaire : __ heures

Date de début de contrat : __/__/____

Horaires

De jour : Oui Non

De nuit : Oui Non

En équipes alternées : Oui Non

Si oui, précisez le type (3X8, 2x12, ...) : -----

Risques du poste de travail

Utilisation de machines dangereuses :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Travail en hauteur :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Port de charges lourdes (plus de 20 kg) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Bruit de plus de 85 dB(A) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Vibrations (machines-outils, engins) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Empoussièrément important :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Utilisation de produits chimiques dangereux (solvants, corrosifs, ...) :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Voyages intercontinentaux fréquents :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres risques :		

Merci de renseigner la zone de texte libre au verso



Questionnaire médical (suite)

PARTIE SALARIE

Salarié

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Sexe (M/F) :

Date naissance :

N° CCSS :

Médecin du Travail

Nom du médecin :

Employeur

Nom de l'employeur :

N° CAR :

Poste de travail

N° de permis :

Poste de travail :

Vos coordonnées

Téléphone mobile : -----

Email : -----

Votre cadre de travail

Avez-vous, dans votre vie professionnelle, été exposé :

- À des produits chimiques dangereux : Oui Non
- À des métaux lourds (plomb, mercure, ...) : Oui Non
- À l'amiante : Oui Non
- À la radioactivité : Oui Non
- À une ambiance de travail très bruyante : Oui Non
- À un empoussièrement important : Oui Non

Avez-vous déjà eu une maladie professionnelle : Oui Non

Si oui, laquelle : -----

Avez-vous eu un accident de travail qui a diminué vos capacités professionnelles : Oui Non Êtes-vous reconnu comme travailleur handicapé, ou estimez-vous l'être : Oui Non

Votre mode de vie

- Avez-vous, en dehors du travail, une activité physique régulière (au moins une fois par semaine) : Oui Non
- Fumez-vous régulièrement plus de 5 cigarettes par jour : Oui Non
- Consommez-vous des boissons alcoolisées chaque jour : Oui Non



Questionnaire médical (suite)

PARTIE SALARIE (SUITE)

Votre état de santé actuel

- Prenez-vous un traitement médical régulier : Oui Non
 Si oui, lequel : _____
- Prenez-vous parfois des médicaments pour dormir ou pour vous détendre : Oui Non
- Prenez-vous un traitement pour l'épilepsie : Oui Non
- Êtes-vous enceinte : Oui Non
- Avez-vous eu des problèmes cardiaques : Oui Non
 Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des problèmes respiratoires (asthme notamment) : Oui Non
 Si oui, lesquels : _____
- Avez-vous des problèmes de peau (eczéma allergique) : Oui Non
- Avez-vous du diabète : Oui Non
- Avez-vous fréquemment des douleurs dans les articulations des membres supérieurs (épaules, coudes, mains) : Oui Non
- Avez-vous régulièrement des douleurs des membres inférieurs (hanches, genoux) : Oui Non
- Souffrez-vous souvent du dos : Oui Non
- Avez-vous des problèmes d'audition : Oui Non
- Avez-vous des problèmes d'équilibre, des vertiges : Oui Non

Voulez-vous signaler quelque chose de particulier : Oui Non

Si oui, précisez : _____

Pour information : Si vous souhaitez une visite médicale (en lien avec le travail) avant d'être convoqué en visite initiale, vous pouvez appeler le secrétariat de votre Médecin du Travail.

Fait à _____, le __/__/____

Signature du salarié :

Les informations recueillies par l'Office de la Médecine du Travail font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de votre Dossier Médical en Santé au Travail et en particulier à la programmation de vos examens médicaux. L'unique destinataire de ce questionnaire, qui ne sera pas conservé après votre première visite médicale, est l'équipe médicale en charge de votre dossier. Conformément à la Loi n° 1.565 du 3 décembre 2024 relative à la protection des données personnelles, vous bénéficiez de certains droits (accès, rectification, ...). Ils sont indiqués en détail à l'entrée de l'Office. Vous pouvez en obtenir une copie papier sur demande. Ces droits s'exercent en vous adressant à l'accueil et sur présentation d'une pièce justificative de votre identité, ou en adressant votre demande par courrier recommandé avec accusé de réception accompagnée d'un justificatif d'identité à : Office de la Médecine du Travail - Le Directeur - 10, rue du Gabian - 98000 Monaco.