

QUESTIONNAIRE

Association pour la Prise en Charge des Maladies Eliminables (APCME).
04.42.06.21.17 / www.apcme.net

Nom, Prénom : Sexe :

Année de naissance : Téléphone ou courriel :

1 - QUELS FACTEURS DE RISQUES ?

Cochez la case « » pour les facteurs auxquels vous êtes ou avez été exposé.
Précisez la nature des poussières, fumées, gaz, ou vapeurs.

<i>Premier Groupe :</i> <input type="checkbox"/> BRUIT. <input type="checkbox"/> CHALEUR.	
<i>Deuxième groupe :</i> <input type="checkbox"/> POUSSIÈRES. <input type="checkbox"/> FUMÉES, brouillards. <input type="checkbox"/> GAZ. <input type="checkbox"/> VAPEURS. <input type="checkbox"/> Radiations. <input type="checkbox"/> Vibrations.	
<i>Troisième Groupe :</i> <input type="checkbox"/> FATIGUE causée par des efforts musculaires :	<i>Quatrième Groupe :</i> <input type="checkbox"/> FATIGUE causée par d'autres facteurs, ex: - Anxiété. - Contraintes de temps sévères. - Horaires pénibles. - Postures pénibles. - Autres :

On vous a remis une fiche individuelle d'exposition : OUI. NON.
(Si oui, joignez-en une copie).

Vous la considérez comme valable et complète : OUI. NON.

2 - LE CONTEXTE DE VOS EXPOSITIONS :

a) Vous travaillez ou avez durablement travaillé :

- Comme intérimaire.
- Comme sous-traitant.
- Pour la maintenance d'installations industrielles.
- Sur des chantiers de construction (ou de démolition).
- En « espaces confinés »*

*à l'intérieur de cuves, réacteurs, caissons, chambres de fours, fosses, etc.

b) Types d'environnements de travail (ateliers, installations) :

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Carrières. <input type="checkbox"/> Creusement, terrassement de terrains. <input type="checkbox"/> Centrales à béton. <input type="checkbox"/> Quai minéralier. <input type="checkbox"/> Trémies, broyeurs, cribles. <input type="checkbox"/> Usine à chaux. <input type="checkbox"/> Cimenterie. <input type="checkbox"/> Cokerie. <input type="checkbox"/> Centrale thermique. <input type="checkbox"/> Usine à oxygène (liquéfaction de l'air). <input type="checkbox"/> Agglomération. <input type="checkbox"/> Haut Fourneau. <input type="checkbox"/> Aciérie. <input type="checkbox"/> Démoulage lingotières. <input type="checkbox"/> Laminoirs ou tréfileuses. <input type="checkbox"/> Décapage et finissage de l'acier. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fours sidérurgiques. <input type="checkbox"/> Fours pétrochimiques. <input type="checkbox"/> Autres fours industriels. <input type="checkbox"/> Réacteurs, colonnes de distillations. <input type="checkbox"/> Cuves, ballons, réservoirs. <input type="checkbox"/> Lignes de tuyaux. <input type="checkbox"/> Salles de compresseurs, pomperies. <input type="checkbox"/> Salles hydrauliques. <input type="checkbox"/> Salles d'électrolyses. <input type="checkbox"/> Postes de chargement pétroliers. <input type="checkbox"/> Atelier de travail des métaux. <input type="checkbox"/> Atelier de peinture sur métaux. <input type="checkbox"/> Atelier de réparation de véhicules. <input type="checkbox"/> Ateliers de travail du bois. <input type="checkbox"/> Chantiers de construction navale. <input type="checkbox"/> Travaux routiers
--	--

Autres :

c) Liste datée de vos principaux emplois :

Année début / fin	Emplois occupés.

4 - QUELS EFFETS SUR LA SANTE ?

a) Pour vous-même :

Quels troubles ou maladies vous semblent susceptibles d'être en relation avec votre milieu de travail (attention : parlez-en d'abord avec votre médecin) ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) Pour les autres travailleurs aux mêmes postes de travail :

Connaissez vous des collègues qui ont occupé les mêmes postes de travail que vous et qui ont une maladie en relation avec ce milieu ? Si oui, précisez :

- Lésions cancéreuses : OUI. NON.
- Lésions de la fonction auditive (gêne pour entendre) : OUI. NON.
- Lésions de la fonction respiratoire (gêne pour respirer) : OUI. NON.
- Lésions de la fonction locomotrice (dos, articulations) : OUI. NON.

Précisions et commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Que pensez-vous de ce questionnaire ?

.....
.....
.....
.....