

Service Médecine Préventive

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Deux Sèvres

Ce document est à remplir dans le cadre d'une première visite

INFORMATIONS PERSONNELLES :

NOM MARITAL :	NOM PATRONYMIQUE :
Prénom :	
Lieu de naissance :	Date de naissance :
Adresse mail :	
Adresse :	
Numéro de téléphone (<i>mobile</i>) :	
Numéro de sécurité social :	
Médecin traitant :	
Grade :	Poste :
Nombre d'heures hebdomadaire :	
Nombre d'enfant et leur date de naissance :	
Situation familiale :	

COMPETENCES :

- Citez vos diplômes par ordre chronologique (*synthétisez*) :

Diplômes / Concours	Dénomination	Année d'obtention

- Citez vos emplois précédents (y compris saisonniers):

Entreprise / Collectivité	Poste occupé	Année

ANTECEDENTS MEDICAUX FAMILIAUX :

Sélectionnez dans la liste suivante les pathologies connues dans votre famille (*Grands- parents, parents, oncles et tantes, frères et sœurs*).

Pathologies	Personne Concernée	Pathologies	Personne Concernée
Hypertension artérielle		Angine de poitrine	
Artérite		Diabète	
Décès brutal		Glaucome	
Polypes aux intestins		Hémochromatose	
Spondylarthrite ankylosante		Sclérose en plaques	
Maladie d'Alzheimer		Maladie de Crohn	
Troubles du cholestérol		Infarctus	
Maladies de la thyroïde		Maladie des reins	
Polyarthrite		Maladie génétique	
AVC		Syndromes dépressifs	
Cancers			

Autres à préciser :

ANTECEDENTS PERSONNELS :

ATCD /Maladies	Année	AT/MP	Observations
Traumatologie (entorse, fracture, luxation, accidents...)			
Chirurgie			
Maladies			
Allergies			
Douleurs articulaires			

ANTECEDENTS PROFESSIONNELS :

- Avez-vous déjà été victime d'un accident de travail ?
 - ☐ OUI ☐ NON
 - Si oui, précisez la date et la nature des lésions :
- Avez-vous déjà eu une maladie professionnelle ?
 - ☐ OUI ☐ NON
 - Si oui, précisez la date et la nature des lésions :

LE MODE DE VIE :

❖ Tabac

- ☐ Etes-vous fumeur ?
- ☐ OUI ☐ NON
- Si oui, précisez le nombre de cigarettes consommées par jour :
- ☐ Depuis combien d'années fumez-vous ? Ans.

❖ Alcool

Nombre de verre par :

Jour :

Semaine :

Jamais :

❖ Café

Nombre de tasse par jour :

❖ Drogue

Consommation passée :

Consommation actuelle :

❖ Nombre d'heures de sommeil par nuit :

❖ Loisirs

- ☐ Pratiquez-vous une activité sportive ?
- ☐ OUI ☐ NON
- Si oui, précisez laquelle et à quelle fréquence :
- ☐ Quels sont vos centres d'intérêts (*loisirs, hobbies*) ?
-

SITUATION MEDICALE ACTUELLE :

➤ Avez-vous une correction visuelle ?

- ☐ OUI ☐ NON

➤ Actuellement, avez-vous un traitement régulier ?

- ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez le nom du traitement (*ex : pour hypertension, contraception, allergies...*)

.....

➤ Avez-vous eu des arrêts de travail depuis votre recrutement au sein de la collectivité ?

- ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez la date et la nature de l'arrêt

.....

➤ Avez-vous une reconnaissance travailleur handicapé en cours de validité ?

- ☐ OUI ☐ NON

➤ Avez-vous remarqué quelque chose d'anormal récemment concernant votre état de santé ?

.....

POSTES ET FONCTIONS :

HORAIRES :

CACES :

EQUIPEMENT :

HABILITATION :