



Service Médecine Préventive

Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale des Deux Sèvres

Questionnaire médical pour les nouveaux agents

Vous allez être convoqué(e) prochainement par le service de Médecine préventive : il s'agit de votre première visite depuis votre arrivée dans votre collectivité

Ce dossier médical est la propriété exclusive du médecin et de toutes les données qui y sont consignées sont strictement confidentielles.

La visite médicale a pour mission de s'assurer que votre poste de travail est bien adapté à votre état de santé. La fréquence des visites médicales est actuellement d'un examen tous les deux ans.

Coordonnées du Service Médecine :

CDG 79 Service Médecine, 9 rue Chaigneau CS80030

79403 SAINT-MAIXENT L'ECOLE. Téléphone : 05 49 06 84 63, 06 86 57 89 26

INFORMATIONS PERSONNELLES :

NOM MARITAL :

NOM PATRONYMIQUE :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Grade :

Numéro de téléphone (*mobile*) :

Numéro de sécurité social :

Médecin généraliste :

Spécialiste :

COMPETENCES :

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

Diplômes / Concours	Dénomination	Année d'obtention

➤ Citez vos emplois précédents :

Entreprise / Collectivité	Poste occupé	Année	Expositions, AT, MP

AT= accident de travail

MP= maladie professionnelle

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		Dépression, autre maladie psychiatrique	
Cancers			

Autres à préciser :

ANTECEDENTS PERSONNELS :

ATCD / Maladies	année	AT / MP ?	Observations
Traumatologie (entorse, fracture, luxation, accidents,)			
Chirurgie (nature)			

Maladies : (cf ATCD familiaux)			
Allergies à :			
Douleurs articulaires :			

ATCD= antécédents

AT= accident de travail

MP= maladie professionnelle

➤ **Hospitalisations en dehors des interventions chirurgicales :**

- Si oui, précisez :

➤ **Reconnaissance travailleur handicapé :**

Si oui, date de validité :

ARRÊT DE TRAVAIL DEPUIS LE RECRUTEMENT :

Type : (MO, CLM,...)	Date début	Date fin	cause

TRAITEMENT EN COURS :

Médicaments :

Kiné :

Autre :

LE MODE DE VIE :

❖ **Alimentation** (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- Equilibré / Varié
- Désordonné (grignotages, repas sautés...)

❖ **Café**

Nombre de tasse par jour :

❖ **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 :

❖ **Drogue**

Consommation passée :

Consommation actuelle :

❖ **Nombre d'heures de sommeil :**

❖ **Qualité de vie au travail**

Note de 0 à 10:

❖ **Loisirs**

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

En fonction de l'exposition professionnelle :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT OU DE REFUS DE VACCINATION

Je soussigné(é), Mme, M.,

Employé(e) à

Déclare avoir reçu l'information sur la maladie suivante, les risques liés à son exposition ainsi que sur la protection vaccinale :

GRIPPE HEPATITE A HEPATITE B LEPTOSPIROSE TETANOS

J'accepte la vaccination et la réalisation par le service de médecine du CDG 79.

J'accepte la vaccination et sa réalisation par un autre médecin. Dans ce cas je transmettrai le certificat de vaccination au service de médecine du CDG 79.

Je refuse la vaccination.

A.....,Le.../.../.....

Nom, Prénom :

Signature