

# Questionnaire médical pour personnel saisonnier



**Ce questionnaire est utilisé dans le cadre de la visite médicale pour le personnel occupant un poste de travail saisonnier SANS CONDUITE D'ENGINS. Sur base du questionnaire, le médecin du travail décide, soit de l'aptitude, soit d'une convocation du salarié en visite médicale.**

**En dehors du cadre du travail saisonnier, le questionnaire ne pourra pas être pris en considération et sera détruit afin de respecter les exigences du RGPD.**

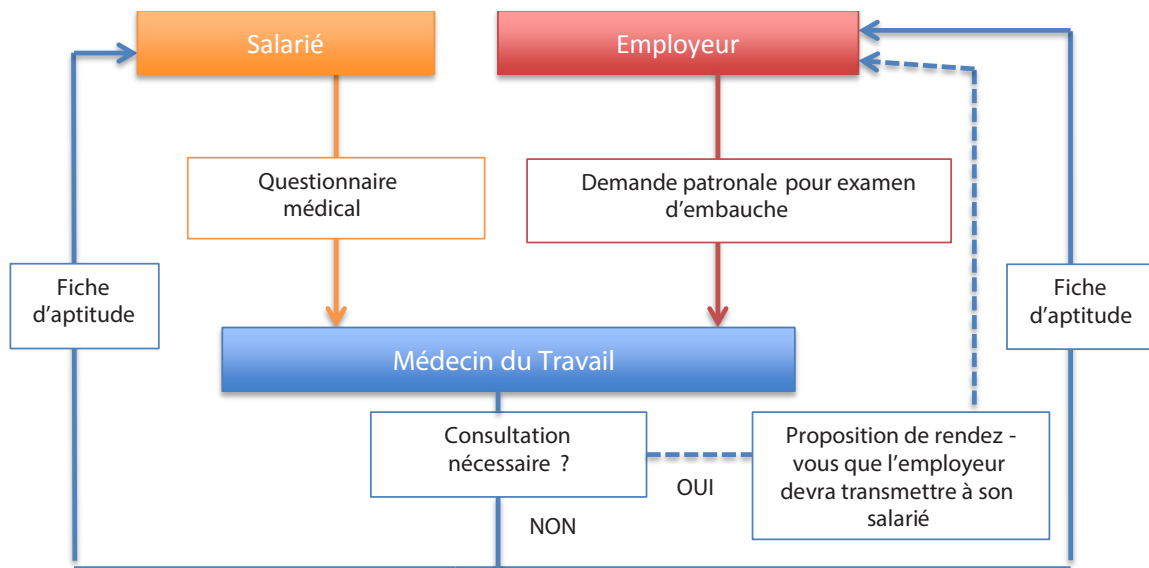
Renvoyez l'original signé ainsi que les documents demandés par courrier au :

Service de Santé au Travail Multisectoriel  
32, rue Glesener  
L-1630 LUXEMBOURG

## Quelle est la démarche à suivre ?

- 1.** L'employeur transmet au STM une « **Demande patronale** » pour l'examen d'embauche de son travailleur qui occupe un poste de travail saisonnier SANS CONDUITE D'ENGINS.
- 2.** Le salarié transmet au STM le « **Questionnaire médical** » ci-après complété.
- 3.** Sur base du **questionnaire et de la demande patronale**, le médecin du travail décide, soit de l'aptitude, soit d'une convocation du salarié en visite médicale. **Sans la demande patronale émise par l'employeur, le dossier ne pourra pas être traité.**
- 4.** En cas d'aptitude au poste de travail, la fiche d'examen médical sera transmise à l'employeur et au salarié.

**En cas de besoin, un rendez-vous pourra toujours être sollicité à la demande du salarié ou de l'employeur. Si suite à l'étude des données récoltées via le questionnaire, une consultation s'avère nécessaire, un rendez-vous sera proposé à l'employeur qui sera en charge d'informer son salarié de la date programmée.**



A COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ OCCUPANT UN POSTE SAISONNIER ET SON MEDECIN TRAITANT.  
À REMETTRE ACCOMPAGNÉ DES DOCUMENTS DEMANDÉS CI-APRES AU MEDECIN DU TRAVAIL.

NE PAS REMETTRE A L'EMPLOYEUR

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIÉ

Nom de naissance  Prénom

Matricule

*ou date de naissance* *année* *mois* *jour*

Adresse

Code postal  Ville

Téléphone :

Nom de l'entreprise qui vous emploie :

Poste de travail occupé dans l'entreprise :

Cochez la case qui convient pour chaque question et complétez

\* une réponse à chaque question est obligatoire

	AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :	OUI*	NON*
1	Une maladie du cœur, des artères ou des veines (hypertension, infarctus, des malaises avec ou sans perte de connaissance, troubles du rythme...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
2	Des problèmes respiratoires (asthme...), une allergie, une maladie des poumons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
3	Une maladie des organes abdominaux (estomac, foie, intestins...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
4	Une maladie des reins ou des voies urinaires (infection, calcul...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		

	<b>AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>5</b>	Une maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
<b>6</b>	Une maladie contagieuse importante/chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
<b>7</b>	Une maladie métabolique : diabète, trouble thyroïdien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles ..... - Est-elle accompagnée de malaises ? Quel type de malaise .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Une maladie des os, des articulations, des tendinites, une fracture, ou des séquelles articulaires dues à un accident, un mal de dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
<b>9</b>	Une maladie neurologique (troubles de l'équilibre : vertiges, perte de connaissance, épilepsie, des apnées du sommeil, tumeur cérébrale...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
<b>10</b>	Souffert d'une dépression ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Une maladie psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
<b>12</b>	Une maladie des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
	Avez-vous subi une opération au niveau des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		
	Portez vous des lunettes ou des lentilles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui lesquelles ( pour voir de loin, pour voir de près, verres progressifs... ) ? .....			

	<b>AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :</b>	<b>OUI*</b>	<b>NON*</b>
<b>13</b>	Des problèmes au niveau du nez, de la gorge, des oreilles (tinnitus/acouphènes), de la langue...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquels .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
<b>14</b>	Des problèmes de peau (irritation, allergie, eczéma..) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquels .....		
	Année d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
<b>15</b>	Des opérations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquelles .....		
	En quelle(s) année ?..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles .....		
<b>16</b>	Avez-vous eu ou avez-vous d'autres maladies non mentionnées ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquels .....		
	Année(s) d'apparition ..... Êtes-vous guéri à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, décrivez les éventuelles séquelles.....		
<b>17</b>	Prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui lesquels .....		
<b>18</b>	Avez-vous une activité physique régulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui quel type d'activité .....		
	A quelle fréquence .....		
<b>19</b>	Etes-vous fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui combien de cigarettes par jour .....		
	Etes-vous ancien fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b>	Consommez-vous/prenez-vous régulièrement :		
	- de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui combien de verres par jour.....		
<b>21</b>	Consommez-vous/prenez-vous régulièrement des drogues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, précisez la/lesquelles (cannabis, stimulants, autres drogues) .....		
<b>22</b>	Avez-vous suivi ou suivez-vous une cure de désintoxication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui laquelle .....		

Votre poids (kg) :

Votre taille (m) :

**Joindre à ce document :**

- **une copie de votre carte de vaccination,**
- d'éventuelle(s) **copie(s) de vos rapport(s) médical(aux)** qui vous semblerait(ent) utile(s) pour la prise de décision.

**Je soussigné(e) Madame/Monsieur** .....

certifie avoir rempli ce questionnaire concernant mon état de santé, sans n'y avoir rien oublié.

Cette déclaration est sincère et véritable.

Les réponses à ce questionnaire font partie intégrante de mon dossier médical et par conséquent restent strictement confidentielles.

Je suis conscient(e) des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse déclaration.

**Date et signature manuscrite du déclarant**  
*(obligatoire)*

**Date et signature manuscrite du médecin traitant**  
*(obligatoire)*