

# Questionnaire d'anamnèse médicale



**Avant de remplir ce questionnaire assurez-vous que :**

- votre employeur a transmis pour vous une demande patronale pour examen d'embauche au STM,
- l'entreprise pour laquelle vous travaillez est bien affiliée au STM.

Si l'une ou plusieurs de ces exigences ne sont pas remplies, votre questionnaire ne pourra pas être pris en considération et sera détruit afin de respecter les exigences du **RGDPR**.

## Quand utiliser le questionnaire d'anamnèse ci-après ?

Dans le cadre de la crise sanitaire actuelle et afin de réduire dans la mesure du possible le déplacement des salariés, certaines **visites d'embauche** pourront être remplacées par un avis sur dossier.

La démarche est la suivante :

**1.** L'employeur transmet au STM une « **Demande patronale** » pour **examen d'embauche**.

\*Les postes concernés sont les embauches pour :

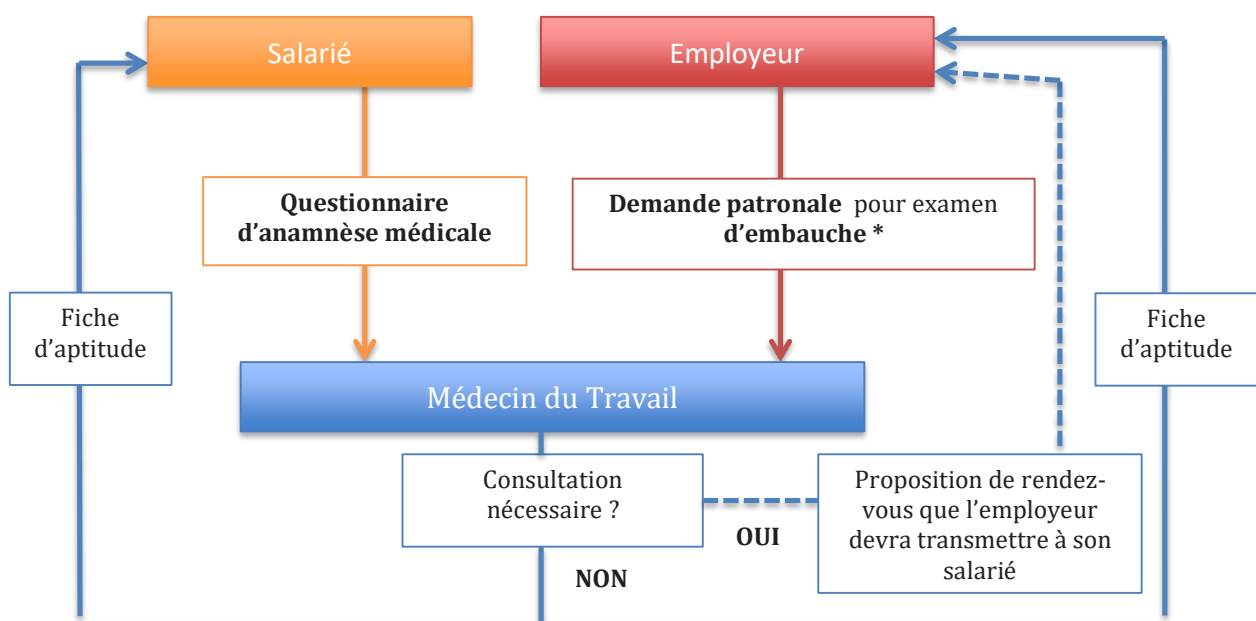
- Travail de bureau,
- Poste administratif,
- Informaticien
- Serveur en salle
- Vente (hormis réassortisseur, vente-alimentation et vente-matériel automobile)

**2.** Le salarié transmet au STM le « **Questionnaire d'anamnèse** » 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. Si une consultation s'avère nécessaire, un rendez-vous sera proposé à l'employeur qui informera son salarié de la date programmée.

**En cas de besoin, un rendez-vous pourra toujours être sollicité à la demande du salarié ou de l'employeur.**



A COMPLÉTER PAR LE SALARIÉ ET À ENVOYER PAR COURRIER AU MÉDECIN DU TRAVAIL POUR PRISE DE POSITION.  
NE PAS TRANSMETTRE LE DOCUMENT À L'EMPLOYEUR  
CE QUESTIONNAIRE NE POURRA ÊTRE TRAITÉ PAR LE MÉDECIN DU TRAVAIL QU'APRÈS RÉCEPTION DE LA DEMANDE  
PATRONALE ÉMISE PAR L'EMPLOYEUR.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SALARIÉ

Nom de naissance  Prénom

Matricule

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

Adresse

Code postal  Ville

Poste de travail occupé dans l'entreprise

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

Nom de 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,...) ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Des problèmes respiratoires, une allergie, une maladie des poumons ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Une maladie des organes abdominaux (estomac, foie, intestins...) ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Une maladie des reins ou des voies urinaires (infection, calcul...) ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Une maladie du sang ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Une maladie contagieuse grave ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Une maladie métabolique : diabète, trouble thyroïdien ? Si oui laquelle ..... - Est-elle accompagnée de malaises ? Quel type de malaise .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Une maladie des os, des articulations, une fracture, ou des séquelles articulaires dues à un accident, un mal de dos ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>AVEZ-VOUS EU OU AVEZ-VOUS :</b>	<b>OUI*</b>	<b>NON*</b>
<b>9</b>	Une maladie neurologique (troubles de l'équilibre : vertiges, perte de connaissance, épilepsie, des apnées du sommeil,...) Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	Une maladie psychiatrique ? Si oui laquelle ..... - Souffrez-vous de dépression ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>11</b>	Une maladie des yeux ? Si oui laquelle ..... Avez-vous subi une opération au niveau des yeux ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>12</b>	Avez-vous suivi ou suivez-vous une cure de désintoxication ? Si oui laquelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b>	Prenez-vous des médicaments ? Si oui lesquels .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b>	Consommez-vous/prenez-vous régulièrement : - de l'alcool ? Si oui combien de verres par jour..... - du cannabis ? - des stimulants ? - autres drogues ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>15</b>	Avez-vous eu ou avez-vous d'autres soucis de santé non mentionnés ci-dessus ? Si oui lesquels .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b>	Etes-vous fumeur ? Si oui combien de cigarettes par jour ..... Etes-vous ancien fumeur ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>17</b>	Avez-vous une activité physique régulière ? Si oui quel type d'activité ..... A quelle fréquence .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 de 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.

**Renvoyez l'original signé par courrier au :**

**Date et signature du déclarant**

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