

Date du jour : __/__/__

Nom du Médecin : _____

SST : _____ SAISIE 

EVREST PACA 2015

Nom JF Prénom Sexe (M/F) | _ | Date naissance | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ |Département naissance | _ | _ | Salarié | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Contrat : CDI ou assimilé Autre PCS-ESE | _ | _ | _ | _ |

Entreprise | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Code NAF 2008 | _ | _ | _ | _ | _ | Nombre de salariés | _ | _ | _ |

Etablissement de type : Privé Public Service/atelier.... (facultatif) | _ | _ | _ | Type de visite (Champ libre) : 1 Périodique 2 Embauche 3 Reprise 4 Autres 5 ESTI

Conditions de travail

En remplissant ce questionnaire, je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la note d'information sur le dispositif Evrest.

1. Depuis un an avez-vous changé de travail ? oui 1 non 0

Si oui, était-ce pour raison médicale ? oui 1 non 0

2. Travaillez-vous à temps plein ? oui 1 non 0

3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ? oui 1 non 0

Avez-vous régulièrement - des coupures de plus de 2 heures oui 1 non 0

- des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) oui 1 non 0

- des horaires irréguliers ou alternés oui 1 non 0

- du travail de nuit (entre 0h et 5h) oui 1 non 0

Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h oui 1 non 0

4. Contrainte de temps :

a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de : jamais 0 rarement 1 assez souvent 2 très souvent 3

- dépasser vos horaires normaux

- sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause

- traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin

b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite...)

Pas difficile 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Très difficile (entourez un chiffre)

c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?

oui 1 non 0

Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité : - perturbe votre travail Oui₁ Non₀

- est un aspect positif de votre travail Oui₁ Non₀

5. Appréciations sur le travail :

- Diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?

Non pas du tout 0 Plutôt non 1 Plutôt oui 2 oui tout à fait 3

- Il vous permet d'apprendre des choses

- Il est varié

- Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder

- Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération

- Vous avez les moyens pour faire un travail de bonne qualité

- Vous avez le sentiment que dans l'ensemble, votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?

- Vous devez faire des choses que vous désapprouvez

- Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi

- Vos conditions de travail vous semblent-elles satisfaisantes ?

Les locaux, le matériel et l'ergonomie du poste

Vos relations avec la hiérarchie

Vos relations avec vos collègues

- Au total, diriez-vous que vous vivez votre travail d'une manière sereine ?

6 - Charge physique du poste de travail. Votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

	Non jamais ₀	Oui parfois ₁	Oui souvent ₂	Si Oui, est-ce difficile ou pénible ?
Postures contraignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>

7. Etes-vous exposé à :

Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀		Oui ₁ Non ₀					
Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Champs électromagnétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déplacements à l'étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque infectieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exposition solaire intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque d'accident du travail (non routier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gêne sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre Exposition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Formation

- 1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?** oui₁ non₀
Si oui, était-ce une formation en rapport avec votre travail actuel : oui₁ non₀
un futur poste : oui₁ non₀
une formation d'intérêt général oui₁ non₀
- 2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ?** oui₁ non₀

Mode de vie

- 1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive :** oui₁ non₀
- 2. Consommation usuelle :**
Tabac (nbre de cig/jour) Non fumeur₀ Ancien fumeur₁ Moins de 5 cig₂ 5 à 15 cig₃ > 15 cig₄
Café (nbre de tasses/jour) Pas de café₀ 1 à 4 tasses₁ Plus de 4 tasses₂
- 3. Avez-vous des trajets domicile-travail longs ou pénibles ?** oui₁ non₀
- 4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un problème de santé qui vous semblait en rapport avec votre activité professionnelle actuelle ?** oui₁ non₀
 Cela a-t-il entraîné un arrêt de travail ? oui₁ non₀

Etat de santé actuel = 7 derniers jours (à remplir par le médecin ou l'infirmière)

Questionnaire renseigné par : le médecin ₁ l'infirmier(e) ₂
 Dernier entretien systématique (ou embauche) il y a : |__|__| année(s) (0 si jamais d'entretien ou entretien < 1an)

Lien avec le travail actuel/passé : 0 aucun lien / 1 lien peu probable / 2 lien probable / 3 lien certain

Poids ___ kg	Taille ___ cm	Plaintes ou signes cliniques Au cours des 7 derniers jours	Est-ce une gêne dans le travail	Traitement ou autre soin	Lien avec le Travail actuel	Lien avec le travail passé	Colonne libre « Autre »
Cardio-respiratoire							
RAS <input type="checkbox"/>	Appareil respiratoire	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	A. Cardio-vasculaire	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	HTA	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
Neuropsychique							
RAS <input type="checkbox"/>	Fatigue, lassitude	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	Anxiété, nervosité irritabilité	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles du sommeil	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	Digestif	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
Ostéo-articulaire							
RAS <input type="checkbox"/>	Epaule	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	Coude	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	Poignet/Main	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	Membres inf.	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	V. Cervicales	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	V. Dorsolombaires	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	Dermatologie	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles de l'audition	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	oui ₁ <input type="checkbox"/> non ₀ <input type="checkbox"/>	__ __	__ __	__ __

Risque potentiel pour le maintien dans l'emploi actuel :

Aucun risque₀ risque faible₁ risque non négligeable₂ risque élevé₃

Cette ou ces anomalies peuvent-elles être déclarées en Maladie Professionnelle ? oui₁ non₀
 Si oui quel(s) tableau(x) : MP n° |__|__| MP n° |__|__|

Ce salarié bénéficie-t-il actuellement : d'une reconnaissance de Travailleur Handicapé (RTH, invalidité...) ? oui₁ non₀
 d'un aménagement de poste ou assimilé (reclassement...) ? oui₁ non₀

Type de contrat : CDI Intérim Saisonnier Apprentissage Autre

Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest

(Q1) Connaissez-vous votre planning 15 jours à l'avance ?

Jamais 0 Parfois 1 Souvent 2 Toujours 3

(Q2) En cas de restructuration, de modification des techniques et/ou de l'organisation du travail récents, avez-vous été consulté ?

Non concerné 0 Oui 1 Non 2

(Q3) Vivez-vous des tensions avec le public (usagers, clients,...) ?

Jamais 0 Parfois 1 Souvent 2 Toujours 3

(Q4) Dans votre travail êtes-vous amené à être en contact avec des personnes en situation de détresse ?

Jamais 0 Parfois 1 Souvent 2 Toujours 3

(Q5) Vous arrive-t-il d'avoir peur au travail ?

Jamais 0 Parfois 1 Souvent 2 Toujours 3

(Q6) Vous sentez-vous capable de faire le même travail qu'actuellement jusqu'à 60 ans ?

Non pas du tout 0 Plutôt non 1 Plutôt oui 2 Oui tout à fait 3

(Q7) Recevez-vous des ordres contradictoires de la part d'autres personnes ?

Jamais 0 Parfois 1 Souvent 2 Toujours 3

(Q8) Généralement, dans votre travail, vous explique-t-on clairement ce que vous avez à faire ?

Oui 1 Non 2

(Q9) Dans votre travail, devez vous penser à trop de choses à la fois ?

Jamais 0 Parfois 1 Souvent 2 Toujours 3

(Q10) Avez-vous du mal à concilier travail et obligations familiales ?

Jamais 0 Parfois 1 Souvent 2 Toujours 3