



ENTRETIEN INFIRMIER DE SANTE EN SERVICE

SECRET MEDICAL

ANNEE :

Matricule : CIS : Statut : SPV / SPP / PATS
 Service :

NOM : **PRENOM :** Sexe : M / F

(Nom marital :) Nationalité : Profession :

Date de naissance : Situation de famille :

Adresse :

Code Postal : Ville : Tél :

POSTES :	
SPP / SPV opérationnel	<input type="checkbox"/>
CTA / CODIS / CSAT / 112	<input type="checkbox"/>
SSSM	<input type="checkbox"/>
SPP / SPV non opérationnel	<input type="checkbox"/>
Poste administratif	<input type="checkbox"/>
Poste technique	<input type="checkbox"/>

SPECIALITES :	
<input type="checkbox"/> CMIR	<input type="checkbox"/> Conducteur VSAV
<input type="checkbox"/> SAL	<input type="checkbox"/> Conducteur PL
<input type="checkbox"/> GIR	<input type="checkbox"/> Conducteur TMD
<input type="checkbox"/> CMIC	<input type="checkbox"/> SD / DICA
<input type="checkbox"/> GMP	<input type="checkbox"/> Groupe animalier
<input type="checkbox"/> Equipe hélicoptée	<input type="checkbox"/> Autres :

QUESTIONNAIRE :			
Depuis votre dernière visite d'aptitude :	OUI	NON	PRECISIONS
Avez-vous présenté des troubles ou malaises ?			
Avez-vous eu un accident de service ?			
Avez-vous eu un arrêt de travail pour raison médicale ?			
Avez-vous eu un changement dans votre vie familiale ?			
Avez-vous eu un changement dans votre vie professionnelle ?			
Avez-vous consulté un ou plusieurs médecins ?			
Avez-vous eu des palpitations ou des douleurs cardiaques ?			
Avez-vous eu des maux de tête fréquents ?			
Avez-vous modifié vos activités physiques et sportives ?			
Prenez vous actuellement des médicaments ? (lesquels ?)			
Fumez vous ? (nb de cigarettes par jour ? depuis quel âge ?)			
Consommez vous de l'alcool, même occasionnellement ?			
Consommez vous des substances stupéfiantes ?			
Etes vous actuellement en bonne condition physique et psychologique ?			
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non, pourquoi ?.....			

DECLARATION A FAIRE SIGNER PAR LE CANDIDAT :

Je m'engage à ne rien cacher de mes antécédents et à fournir des réponses complètes et exactes. Je suis averti que toute déclaration fautive ou insuffisante priverait d'effet la décision d'aptitude et m'exposerait à des poursuites. J'autorise la communication de mon dossier médical au médecin chef et à tout médecin que je désignerai.

Date : Signature :

FICHE D'ENTRETIEN

FACTEURS DE RISQUE :

TABAC
Nombre de cigarettes :
Test de Fagerstrom :

ALCOOL
Quantité :
Test DETA :

CAFE
Quantité :

DROGUES
Nature :
Quantité :

ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

VACCINS
 A jour
 En retard

ANTECEDENTS FAMILIAUX
Cardio-vasculaires : Cancer : colon / sein / thyroïde

ANTECEDENTS PERSONNELS
Cardio-vasculaires : Autres :
Traitement en cours : Allergies :

ETUDE DU POSTE DE TRAVAIL :

Type de contrat : SPV Contractuel Stagiaire Titulaire

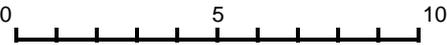
Horaires de travail :

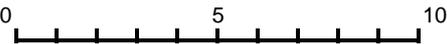
Descriptif du poste et des missions :

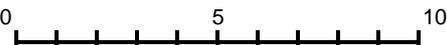
Risques :

<input type="checkbox"/> Travail de nuit	<input type="checkbox"/> Risque animalier
<input type="checkbox"/> Travail en hauteur	<input type="checkbox"/> Travail isolé
<input type="checkbox"/> Travail sur écran > 4 heures	<input type="checkbox"/> Manipulations alimentaires
<input type="checkbox"/> Manutention de charges lourdes	<input type="checkbox"/> Accueil de public
<input type="checkbox"/> Risque toxique	<input type="checkbox"/> Conduite de véhicules
<input type="checkbox"/> Travail à la chaleur	<input type="checkbox"/> Autre :

Vécu et appréciation :

stress ressenti : 0  5 10

relation avec les collègues : 0  5 10

relation avec la hiérarchie : 0  5 10

doléances :

Port des EPI :

EPI à disposition : oui non

EPI portés : oui non

RECUEIL DES SIGNES FONCTIONNELS :

	Plaintes ou signes cliniques		Gêne dans le travail		Pathologie diagnostiquée		Traitement associé		Commentaire
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	
CARDIO-VASCULAIRE									
Palpitations, tachycardie	2	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malaise récent	2	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RESPIRATOIRE									
Dyspnée d'effort	2	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres symptômes	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEUROLOGIQUE									
Céphalées	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles moteurs	2	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles sensitifs	2	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles de la mémoire	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DIGESTIF ET URINAIRE									
Trouble digestif	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trouble mictionnel	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
OSTEO-ARTICULAIRE									
Membres supérieurs	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Membres inférieurs	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rachis cervical	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rachis dorso-lombaire	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ORL ET OPHTALMOLOGIQUE									
Gêne visuelle	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gêne auditive	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PSYCHOLOGIE									
Fatigue, lassitude	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tristesse, anxiété	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Troubles du sommeil	1	0	2	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Les chiffres indiqués correspondent à la cotation.
Le chiffre maximal sera retenu.

COTATION DE L'ENTRETIEN INFIRMIER DE SANTE AU TRAVAIL

POSTES ET SPECIALITES

Affectation à un nouveau poste de travail	2
Nouvelle spécialité	2

QUESTIONNAIRE

Troubles ou malaises depuis la dernière visite :	
Sans gravité (angine, rhinopharyngite,...)	0
Potentiellement grave (malaise)	1
Arrêts de travail :	
Maladie professionnelle	2
> 21 jours sans visite de reprise	2
< 21 jours avec séquelles	2
< 21 jours mais pathologie grave	2

FACTEURS DE RISQUE

Tabac :	
Fägerstrom < 7	0
Fägerstrom > 7	1
Volonté de sevrage tabagique	1
Alcool :	
< 3 verres / jour	0
> 3 verres / jour et DETA < 50 %	1
> 3 verres / jour et DETA > 50 %	2
Drogues : toute consommation	2
Vaccins : en retard	2

ANTECEDENTS

Nouvel ATCD familial grave (mort subite, cancer, IDM,...)	1
Facteurs de risques cardiovasculaires (hors diabète) :	
< 2 facteurs de risques	0
2 < FDR < 3	1
> 3 facteurs de risques	2
Allergies (hors rhino, conjonctivites saisonnières) :	
Si inconnue précédemment	1
Si réaction grave dans l'année	2
Tout autre évènement	1

TRAITEMENTS

Anticoagulants	2
Psychotropes	2
Tout autre traitement au long cours	1

PATHOLOGIES

Patho. chronique de découverte récente (Diabète, BPCO...)	2
Problème psychiatrique	2
Grossesse	2

BIOMETRIE

Surpoids :	
IMC < 18	2
29 < IMC < 35	1
IMC > 35	2
Fréquence cardiaque	
> 110 / min	2
> 130 /min	3
Tension artérielle	
TAS > 160 mmHg ou TAD > 100 mmHg	1
TAS > 180 mmHg ou TAD > 120 mmHg	3
TAS < 90 mmHg	3
Visiotest	
Perte > 2/10 ^{ème} en vision de loin	1

URGENCE MEDICALE

Signes fonctionnels de gravité (<i>douleur thoracique, dyspnée aiguë, décompensation psychiatrique,...</i>)	3
---	---

BIOMETRIE

Taille :

Poids :

IMC :

Périmètre abdominal :

Pouls :

TA :

Acuité visuelle avec correction :

Vision de loin oeil droit : gauche :

Vision de près binoculaire :

ERGOVISION

- Pas de correction
- Verres
- Lentilles de contact

Agrafer ici le résultat du test automatique

SYNTHESE

COTATION :

- 0** Aucune anomalie décelée
- 1** Eléments à transmettre pour information au médecin du travail
- 2** Médecin du travail contacté pour RDV. Date du RDV :
- 3** Urgence médicale. Médecin du service ou médecin permanence Direction alerté.

CONCLUSIONS DE L'INFIRMIER :

Date :

Nom et signature :

CONTRÔLE MEDICAL :

Nom du médecin : _____ Date : _____

Commentaires : _____

Signature :

A voir en staff

Vu en staff le :