



QUESTIONNAIRE MEDICAL (pour la première consultation en médecine du travail)

La carte de vaccination est à présenter lors de l'examen

1. Saisie

Nom et prénom(s) :

Matricule :

Avez-vous déjà eu :

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Si oui, prière de détailler :</u>
Une fracture d'un os ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Un accident avec blessures graves ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une allergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie du coeur ou des artères/veines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie des poumons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie des organes du ventre (estomac, intestins, foie ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie des reins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie métabolique (p.ex : diabète, thyroïde ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie contagieuse grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



Veillez saisir une seconde fois le nom et le matricule de la personne à examiner :

Nom et prénom(s) :

Matricule :

Avez-vous déjà eu :

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Si oui, prière de détailler :</u>
Des crises épileptiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie neurologique (maladie des nerfs) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une maladie psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une cure de désintoxication (Entziehungskur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Une autre maladie non mentionnée ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Est-ce que vous prenez des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

2. Signature

Lieu : _____

Date : _____

Nom et signature
de l'agent :

A remplir par l'agent et à remettre au médecin du travail au moment de la consultation

Protection des données à caractère personnel

Le formulaire que vous allez nous soumettre dans le cadre de votre demande contient des informations à caractère personnel. Ces informations seront enregistrées dans le système d'information de l'Administration des services médicaux du Secteur public. Ces données seront traitées et conservées pendant la période nécessaire à l'exécution de nos obligations.

Pour plus de détails concernant la gestion de vos données personnelles (conformément au [Règlement \(UE\) 2016/679](#) dit « RGPD ») et pour exercer vos droits en la matière, nous vous prions de prendre connaissance de la notice RGPD de l'ASM, disponible en cliquant sur le lien suivant : [Protection des données personnelles - Administration des services médicaux du secteur public - Ministère de la Fonction publique // Le gouvernement luxembourgeois.](#)