



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 notre système d'information par l'Administration des services médicaux du Secteur public dans le cadre de l'examen d'embauche. Ces données seront traitées et conservées pendant la période nécessaire à l'exécution de nos obligations.

Conformément au [Règlement \(UE\) 2016/679](#) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous avez un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation de traitement de vos données ainsi qu'un droit d'opposition et un droit à la portabilité de vos données.

Pour exercer l'un de vos droits, vous pouvez envoyer un courriel à notre délégué à la protection des données : dpo@mfp.etat.lu, ou par courrier recommandé à :

Le délégué à la protection des données
Ministère de la Fonction publique
10, avenue John F.Kennedy
L-1855 Luxembourg

En soumettant ce formulaire, vous acceptez que vos données personnelles soient traitées dans le cadre de votre demande.