



CLINIQUE DE MÉDECINE INDUSTRIELLE
ET PRÉVENTIVE DU QUÉBEC

1665, rue Ste-Catherine O. 3e étage
Montréal, QC H3H 1L9
Téléphone: (514) 931-0801
1-800-668-0801
Télécopieur: (514) 931-0437
Courriel: info@cmipq.com
Site web: www.cmipq.com

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

DONNÉES PERSONNELLES ET DÉMOGRAPHIQUES

Date : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone à domicile : _____

Téléphone Cellulaire : _____

Emploi postulé : Étudiant Technique Policière

Je consens à subir l'évaluation médicale d'embauche dont on m'a informé du contenu. Je consens à fournir au meilleur de ma connaissance, des informations exactes sur mon état de santé et antécédents. Il est entendu que ces informations feront parties de mon dossier médical et qu'elles resteront de nature confidentielle. J'autorise le médecin examinateur à informer mon employeur au sujet de mon aptitude au travail et de faire une demande de dossier médical si nécessaire.

Signature du candidat(e): _____

Signature du témoin : _____ Date : _____

Contact

Compagnie : Collège Ahuntsic

Requérant(e) : Suzie Fréchette

Téléphone : 514-389-5921 poste Télécopieur : _____

Courriel : suzie.frechette@collegeahuntsic.qc.ca

1. Antécédents médicaux familiaux (parents, grands-parents, frères, sœurs)

Veillez cocher si un membre de votre famille a souffert ou souffre actuellement de :

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Goître |
| <input type="checkbox"/> Maladies nerveuses | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques | <input type="checkbox"/> Rhumatisme, arthrite |
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> S.I.D.A. |
| <input type="checkbox"/> Maladies immunitaires | <input type="checkbox"/> Accident cérébro-vasculaire (paralysie) |
-

2. Antécédents médicaux personnels

Veillez cocher si vous avez déjà souffert ou souffrez actuellement des problèmes de santé suivants :

- | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme ou problèmes respiratoire | <input type="checkbox"/> Maladies des poumons |
| <input type="checkbox"/> Troubles d'estomac (ulcère) | <input type="checkbox"/> Goitre |
| <input type="checkbox"/> Pression artérielle élevée | <input type="checkbox"/> Maladies des yeux |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête intenses fréquents | <input type="checkbox"/> Diabète |
| <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles répétitifs | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Eczéma, urticaire, psoriasis | <input type="checkbox"/> Troubles psychiatriques |
| <input type="checkbox"/> Autres maladies de la peau | <input type="checkbox"/> Arthrite, rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Maladies des reins et de la vessie | <input type="checkbox"/> Maux de dos |
| <input type="checkbox"/> Troubles de la circulation | <input type="checkbox"/> Hernie |
| <input type="checkbox"/> Douleurs aux articulations | <input type="checkbox"/> Tour de rein (entorse) |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Paralysie |
| <input type="checkbox"/> Perte de conscience | <input type="checkbox"/> Maladies vénériennes |
| <input type="checkbox"/> Allergies (ou rhume des foins_ | <input type="checkbox"/> S.I.D.A. |
| <input type="checkbox"/> Fractures | <input type="checkbox"/> Anémie |
| <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Autres maladies |

3- Veuillez répondre oui ou non par un ✓

➤ Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? OUI NON

Si oui, laquelle? _____ Quand ? _____

➤ Avez-vous déjà pris de la marijuana, héroïne, L.S.D. ou autre drogues récemment? OUI NON

➤ Y avait-il des risques particuliers à vos emplois précédents? OUI NON

Si oui, lesquels _____

➤ Avez-vous déjà reçu des indemnités pour un accident de travail ou un problème de santé relié au travail? OUI NON

Si oui, décrire la blessure et la durée _____

➤ Avez-vous déjà reçu des prestations d'assurance-salaire pour une longue période (1 mois) suite à une maladie ou un accident d'automobile? OUI NON

Si oui, expliquez _____

➤ Suite à une condition personnelle et/ou un accident de la route et/ou un accident de travail, conservez-vous des limitations permanentes? OUI NON

Si oui, lesquelles ? _____

➤ Votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu pour une raison médicale? OUI NON

Si oui, expliquez _____

4- Dossier médical – condition de santé actuelle

Veillez répondre oui ou non par un ✓	OUI	NON
1. Fumez-vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prenez-vous 2 verres d'alcool, par jour ou davantage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Faites-vous de l'exercice régulièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous pris des médicaments depuis la dernière année?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous des allergies connues? Si oui, lesquelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous consulté un médecin depuis les 12 derniers mois? Si oui, lequel et pour quelle raison? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous des douleurs ou des raideurs musculaires ou articulaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous mal au cou, au dos, aux épaules ou aux reins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous une infirmité quelconque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous des engourdissements ou pertes de sensibilité dans un membre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous parfois les articulations enflées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous des problèmes de peau (peau irritée)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous des brûlures, des démangeaisons sans raison apparente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Faites-vous facilement des plaques (des bleus) ou des rougeurs à la peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vous arrive-t-il de perdre connaissance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous des pertes de mémoire significatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous des migraines ou des maux de tête répétés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous déjà consulté un psychiatre ou un psychologue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous des tremblements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Buvez-vous plus de 6 tasses de thé ou café par jour?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Avez-vous des brûlements d'estomac fréquents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous des difficultés à digérer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous souvent la diarrhée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dossier médical – Condition de santé actuelle (suite)**OUI****NON**

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24. Avez-vous fréquemment des douleurs à l'abdomen sans raison apparente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Avez-vous déjà vomi du sang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Avez-vous déjà eu du sang dans vos selles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Avez-vous perdu du poids récemment sans raison apparente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ressentez-vous des brûlures en urinant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Avez-vous de la difficulté à uriner? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Avez-vous déjà eu du sang dans vos urines? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Portez-vous des lunettes ou lentilles cornéennes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Avez-vous parfois la vue embrouillée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Avez-vous parfois des larmoiements et les yeux qui clignent sans raison? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Voyez-vous double parfois? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Voyez-vous des halos colorés autour des lumières? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Voyez-vous parfois des points noirs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Avez-vous eu mal aux oreilles récemment? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Arrive-t-il à vos oreilles de couler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Avez-vous remarqué que vous aviez de la difficulté à entendre récemment? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Avez-vous des bourdonnements d'oreilles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Souffrez-vous d'étourdissements? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Êtes-vous sujet au mal des transports (nausée, mal de mer, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Avez-vous le nez bouché sans avoir le rhume? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Votre nez coule-t-il sans que vous ayez le rhume? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Avez-vous des crises d'éternuement? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Êtes-vous congestionné durant de longues périodes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Saignez-vous du nez sans raison? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Avez-vous mal à la gorge sans avoir le rhume? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Avez-vous la voix enrouée sans avoir le rhume? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Avez-vous le souffle court? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Avez-vous des quintes de toux fréquentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Avez-vous déjà craché du sang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dossier médical – Condition de santé actuelle (suite)**OUI NON**

53. Avez-vous passé une radiographie des poumons dans les 12 derniers mois?
54. Vous a-t-on déjà dit que votre pression était élevée?
55. Avez-vous des douleurs, des serremments dans la poitrine?
56. Avez-vous des palpitations sans raison apparente?
57. Avez-vous les chevilles et les pieds enflés souvent?
58. Prenez-vous des pilules pour le cœur, la circulation ou la pression?
59. Avez-vous des crampes dans les jambes en marchant ou durant la nuit?
60. Vous a-t-on déjà fait un électrocardiogramme?
61. Êtes-vous essoufflé après un effort minime?

HOMMES SEULEMENT

62. Avez-vous un problème de prostate confirmé par le médecin?
63. Avez-vous des bosses ou enflures aux testicules?
64. Avez-vous des écoulements par le pénis, des brûlures et/ou des démangeaisons?

FEMMES SEULEMENT

65. Avez-vous des règles difficiles et douloureuses?
66. Saignez-vous abondamment?
67. Avez-vous déjà eu des bosses aux seins?
68. Avez-vous des pertes vaginales abondantes, des brûlures vaginales?
69. Avez-vous déjà fait une fausse couche?

Je certifie que les renseignements donnés plus haut sont exacts et que toute fausse déclaration pourrait conduire à mon congédiement.

Signature du candidat : _____ Date : _____