



SERVICE DE SÉCURITÉ INCENDIE  
RÉGIONAL DE L'ÉRABLE  
1783, avenue saint-édouard, bur. 300  
Plessisville, Québec G6L 3S7  
Tél: 819-362-2333  
Télécopieur : 819-362-9150



NOTE : DANS CE DOCUMENT, LE GENRE MASCULIN EST UTILISÉ SANS AUCUNE DISCRIMINATION ET UNIQUEMENT POUR ALLÉGER LE TEXTE

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-EMPLOI

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT			
M. <input type="checkbox"/>	NOM	PRÉNOM(S) (SOULIGNEZ LE PRÉNOM USUEL)	
MME <input type="checkbox"/>			
ADRESSE (N° CIVIQUE / RUE / APPARTEMENT)		VILLE OU MUNICIPALITÉ	PROVINCE
CODE POSTAL	DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE	
TÉLÉPHONE (RÉSIDENCE)	TÉLÉPHONE (CELLULAIRE)	TÉLÉPHONE (AUTRE)	
ADRESSE ÉLECTRONIQUE :			
MÉDECIN TRAITANT			
M. <input type="checkbox"/>	NOM, PRÉNOM	TÉLÉPHONE	
MME <input type="checkbox"/>			
ADRESSE (N° CIVIQUE / RUE / APPARTEMENT)		VILLE OU MUNICIPALITÉ	PROVINCE
			CODE POSTAL
DERNIÈRE VISITE MÉDICALE ET RAISON DE LA CONSULTATION :		DATE :	
RAISON:			

2. EMPLOI CONVOITÉ :
----------------------

### AVIS IMPORTANT - À LIRE AVANT DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire médical pré embauche a pour but de confirmer que votre état de santé vous permet d'exécuter normalement les mouvements et tâches requis par l'emploi postulé sans risque pour votre santé physique et psychologique. Toute fausse déclaration ou omission de votre part pourrait entraîner le rejet de votre demande d'emploi ou, advenant votre embauche, l'annulation du contrat individuel de travail conclu (congédiement).

3. REVUE DES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET PROFESSIONNELS			
Revue des antécédents pouvant être pertinents pour évaluer votre capacité à remplir toutes les exigences de l'emploi.			
ANTÉCÉDENTS	OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, date, raison, nature des blessures, arrêt de travail, etc. *Utilisez une feuille additionnelle ou l'endos si plus d'espace était nécessaire.
1. Avez-vous déjà été hospitalisé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous déjà été opéré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Recevez-vous actuellement des traitements médicaux, de chiropractie, de physiothérapie ou autres traitements?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Avez-vous déjà subi un accident de travail de CNESST ou anciennement CSST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Avez-vous déjà été en arrêt de travail et/ou compensé pour un événement de CNESST ou anciennement CSST.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Avez-vous déjà subi un accident de la route avec blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANTÉCÉDENTS (suite)		OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, date, raison, nature des blessures, arrêt de travail, etc. *Utilisez une feuille additionnelle ou l'endos si plus d'espace était nécessaire.
7.	Avez-vous déjà été en arrêt de travail ou compensé par la SAAQ pour un accident de la route?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Avez-vous déjà subi un autre type d'accident ayant occasionné des blessures (sport, à domicile)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Dans vos emplois antérieurs, avez-vous déjà été exposé aux situations suivantes?			
	a) Mouvements répétés des mains, coudes, bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Niveau de bruit élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Des produits chimiques dangereux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Poussière (décapage, forage, silice, amiante, textile, charbon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Substances ayant entraîné des problèmes aux yeux, à la peau, au nez, à la gorge, aux poumons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Présentez-vous ou avez-vous déjà présenté des restrictions fonctionnelles, physiques ou psychologiques au travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) En relation avec les horaires de travail (nombre d'heures, travail de soir / nuit, rotation, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) En relation avec les charges manipulées?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) En relation avec les positions debout prolongées, marche prolongée, se pencher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) En relation avec le travail avec la clientèle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) En relation avec des activités particulières comme monter des escaliers, se tenir dans un escabeau, s'agenouiller, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	f) Autres restrictions : Si oui, ces restrictions fonctionnelles sont-elles permanentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Vous a-t-on déjà refusé un emploi pour des raisons de santé? Si oui, pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Prochainement, prévoyez-vous suivre un traitement ou subir une chirurgie pouvant limiter votre capacité à travailler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### 4. REVUE DES SYSTÈMES

Revue des problèmes de santé pouvant être pertinents pour évaluer votre capacité à remplir toutes les exigences de l'emploi.

4.1 LES YEUX		OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, fréquence, durée, médicament, arrêt de travail, etc.
1.	Devez-vous porter des verres correcteurs ou des lentilles? <b>Si oui, date du dernier examen et raison?</b>  DATE : _____ Année / mois / jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Myopie (vision de loin)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Presbytie (vision de proche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu des problèmes comme :			
	a) Baisse récente de la vue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Vision double?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Difficulté à la lecture?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Difficulté à distinguer les couleurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2 LES OREILLES		OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, fréquence, durée, médicament, arrêt de travail, etc.
1.	Souffrez-vous d'une surdité? <b>Si oui, oreille droite - oreille gauche?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Devez-vous porter un appareil auditif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu des problèmes comme :			
	a) Bourdonnement, sifflement, écoulement, infection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Traumatisme, perforation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Difficulté à entendre les conversations normales, en personne ou au téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3 LES AUTRES SYSTÈMES		OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, fréquence, durée, médicament, arrêt de travail, etc.
Actuellement ou dans le passé, avez-vous ressenti des symptômes, reçu des traitements ou subi une chirurgie en relation avec un problème de santé quelconque relié, par exemple, à :				
1.	<b>La peau</b> (ex : eczéma, urticaire, allergie, psoriasis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<b>Le système respiratoire</b> (ex : asthme, bronchite chronique, pneumonie, allergie, hypersensibilité, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<b>Le système cardio-vasculaire et sanguin</b> (ex : problèmes cardiaques, angine, infarctus, insuffisance cardiaque, haute ou basse pression, varices, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<b>Le système glandulaire</b> (ex : thyroïde, obésité, diabète, variation de poids (10 livres en plus ou en moins depuis un an, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>4.3 LES AUTRES SYSTÈMES (suite)</b>		OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, fréquence, durée, médicament, arrêt de travail, etc.
Actuellement ou dans le passé, avez-vous ressenti des symptômes, reçu des traitements ou subi une chirurgie en relation avec un problème de santé quelconque relié, par exemple, à :				
5.	<b>Le système nerveux</b> (ex : perte de conscience, épilepsie, étourdissement / vertige, paralysie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<b>Le système digestif?</b> (diarrhée, constipation, mauvaise digestion, aux de ventre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	<b>Le système urinaire?</b> (pierres aux reins, infection de la vessie ou des reins, tumeurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<b>Le système gynécologique?</b> (problèmes menstruels, problèmes de ménopause)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<b>Le système sanguin?</b> (anémie, leucémie, hémorragies, hémophilie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	<b>Troubles cognitifs</b> (perte de mémoire, difficulté de concentration, confusion, difficulté à exprimer vos pensées, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4.4 LA SANTÉ MENTALE</b>		OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, fréquence, durée, médicament, arrêt de travail, etc.
Actuellement ou dans le passé, avez-vous ressenti des symptômes, reçu des traitements en relation avec un problème de santé quelconque relié, par exemple, à :				
1.	<b>L'anxiété / panique / phobies</b> (des foules, des hauteurs, des endroits clos ou d'animaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<b>La dépression / trouble d'adaptation / épuisement professionnel (burnout)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<b>Des problèmes ou des variations importantes de l'humeur</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<b>Des problèmes de sommeil</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<b>Avez-vous déjà consulté un psychologue?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	<b>Avez-vous déjà consulté un psychiatre?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	<b>Autres problèmes de santé mentale</b> (ex : épuisement, fatigue excessive, trouble de panique, phobies, trouble maniaco-dépressif ou bipolaire, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	<b>Dépendance à alcool, aux drogues, au jeu?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<b>Des gens de votre famille souffrent-ils de problèmes de santé mentale?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.5	LE SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE	OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, fréquence, durée, médicament, arrêt de travail, etc.
1.	Avez-vous déjà présenté ou souffrez-vous actuellement d'un problème musculo-squelettique quelconque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Problème de cou ou de dos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) Problème des membres supérieurs (épaules, bras, coudes, poignets, doigts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) Problème des membres inférieurs (hanches, genoux, chevilles, pieds)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) Douleurs musculaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	e) Séquelles d'anciennes blessures ou fractures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5.	LES HABITUDES DE VIE	OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, fréquence, durée, médicament, arrêt de travail, etc.
1.	Fumez-vous actuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien de cigarettes par jour?
2.	Avez-vous déjà fumé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien de cigarettes par jour? Pendant combien d'années?
3.	Consommez-vous de l'alcool régulièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, combien de consommations par semaine?
4.	Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé de la drogue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, laquelle / lesquelles? Date de la dernière consommation? Précisez la fréquence :
5.	Est-ce que vous faites l'utilisation de médicaments présentement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels?
6.	Faites-vous du sport ou des exercices physiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels? Combien d'heures par semaine?

6.	QUESTIONS DIVERSES	OUI	NON	Si oui, précisez : par exemple, fréquence, durée, médicament, arrêt de travail, etc.
1.	Avez-vous déjà été traité pour un cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Avez-vous des allergies à des médicaments ou à des produits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Avez-vous des allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Souffrez-vous de diabète et autres maladies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Souffrez-vous de maladies dégénératives? cancer, ostéoporose, sclérose en plaque ou autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Souffrez-vous de vertige en hauteur ou de claustrophobie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Avez-vous autres choses à déclarer sur votre état de santé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## DÉCLARATION ET CONSENTEMENT

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que toute fausse déclaration ou omission en remplissant le présent formulaire ou lors de la transmission d'informations au médecin désigné de l'employeur est susceptible de mener au rejet de ma candidature ou à mon congédiement si ma candidature était retenue.

Si requis, j'autorise tout professionnel de la santé, établissement ou organisme (et leurs représentants) à transmettre de façon confidentielle, au médecin désigné de l'employeur, le dossier médical complet qu'il possède à mon sujet afin que ce médecin prenne en considération les renseignements qui y sont contenus et qui peuvent être pertinents pour son évaluation de mes aptitudes à occuper l'emploi pour lequel je postule.

Je comprends que l'employeur pourra également, s'il le juge à propos, me demander de subir un examen médical auprès d'un médecin qu'il aura désigné dans le but de confirmer que mon état de santé me permet d'exécuter normalement les mouvements et tâches requis par mon poste et sans risque pour ma santé physique et psychologique. Dans un tel cas, j'accepte de me soumettre à un tel examen médical.

J'atteste avoir lu et compris les termes du présent consentement. Une photocopie de la présente a la même valeur que l'originale.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## CONSENTEMENT ET AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS

Par la présente, je, \_\_\_\_\_ autorise

l'entreprise pour laquelle j'ai déjà travaillé : \_\_\_\_\_

Adresse / tél / fax : \_\_\_\_\_

le médecin traitant : Dr. \_\_\_\_\_

Adresse / tél / fax : \_\_\_\_\_

l'hôpital : \_\_\_\_\_

Adresse / tél / fax : \_\_\_\_\_

la clinique : \_\_\_\_\_

Adresse / tél / fax : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Adresse / tél / fax : \_\_\_\_\_

à faire parvenir, de façon confidentielle, au médecin désigné de \_\_\_\_\_  
copie de mon dossier et/ou des résultats suivants :

- dossier médical / pré embauche  
 dossier d'accident de travail et/ou maladie professionnelle  
 autre : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin désigné : \_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de télécopieur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**

\_\_\_\_\_  
**DATE**

\_\_\_\_\_  
**TÉMOIN**

\_\_\_\_\_  
**DATE**