

Date du jour : \_\_/\_\_/\_\_

Nom du Médecin: \_\_\_\_\_

SST : \_\_\_\_\_

SAISIE 

# EVREST 2020

Nom naiss  Prénom  Sexe M/F  Date naiss   
 Dép. naissance  Salarié  Contrat : CDI ou assimilé  Autre  PCS-ESE   
 Entreprise  NAF2008  Nb salariés   
 Etablissement de type : Privé  Public  Suivi individuel renforcé : oui  non   
 Atelier (facultatif)  Champ libre (facultatif)

## Conditions de travail

En remplissant ce questionnaire, je reconnais avoir pris connaissance et accepter les termes de la note d'information sur le dispositif Evrest.

1. Depuis 1 an, avez-vous changé de travail ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 Si oui, était-ce pour raison médicale ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

2. Travaillez-vous à temps plein ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

3. Habituellement, travaillez-vous en journée normale ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 Avez-vous régulièrement :  
 - Des coupures de plus de 2 heures Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 - Des horaires décalés (tôt le matin, tard le soir) Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 - Des horaires irréguliers ou alternés Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 - Du travail de nuit (entre 0h et 5h) Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

Faites-vous régulièrement des déplacements professionnels de plus de 24h ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

### 4. Contrainte de temps :

#### a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de :

	Jamais <sub>0</sub>	Rarement <sub>1</sub>	Assez souvent <sub>2</sub>	Très souvent <sub>3</sub>
- Dépasser vos horaires normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Travailler chez vous ou sur vos temps de repos, de congés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite, ...)

Pas difficile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Très difficile (Entourer un chiffre)

#### c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?

Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité :  
 - perturbe votre travail Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 - est un aspect positif de votre travail Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

### 5. Appréciations sur votre travail :

	Non pas du tout <sub>0</sub>	Plutôt Non <sub>1</sub>	Plutôt oui <sub>2</sub>	Oui tout à fait <sub>3</sub>
- Votre travail vous permet d'apprendre des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre travail est varié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre travail est reconnu par votre entourage professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous devez faire des choses que vous désapprouvez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous arrivez à concilier vie professionnelle et vie hors-travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. Charge physique du poste de travail : votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

	Non jamais <sub>0</sub>	Oui parfois <sub>1</sub>	Oui souvent <sub>2</sub>	Si oui, est-ce difficile ou pénible ?	
Postures contraignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI → Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/>	Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>

**7. Etes-vous exposé à :**

	Oui <sub>1</sub>	Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub>	Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub>	Non <sub>0</sub>		Oui <sub>1</sub>	Non <sub>0</sub>
Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gêne sonore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risque infectieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ray. ionisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Formation**

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 Si oui, était-ce : en rapport avec votre travail actuel Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>   
 en rapport avec un futur poste Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>
2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

**Mode de vie**

1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive : Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>
2. Consommation usuelle :  
 - Tabac (nb de cig/jour) Non fumeur <sub>0</sub>  Ancien fumeur <sub>1</sub>  < 5 cig <sub>2</sub>  5 à 15 cig <sub>3</sub>  > 15 cig <sub>4</sub>   
 - A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?  
 Jamais ou 1 x / mois <sub>0</sub>  2 à 4 x / mois <sub>1</sub>  2 à 3 x / semaine <sub>2</sub>  4 x / semaine ou plus <sub>3</sub>   
 - Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?  
 Non concerné (non buveur) <sub>0</sub>  1 ou 2 <sub>1</sub>  3 ou 4 <sub>2</sub>  5 ou 6 <sub>3</sub>  7 à 9 <sub>4</sub>  10 ou plus <sub>5</sub>
3. Avez-vous des trajets domicile/travail longs ou pénibles ? Oui<sub>1</sub>  Non<sub>0</sub>

**État de santé actuel = les 7 derniers jours (à remplir par le médecin ou l'infirmier(e))**

Questionnaire renseigné par : le médecin<sub>1</sub>  l'infirmier(e)<sub>2</sub>  Nom IdEST .....

Dernier entretien santé-travail (hors reprise, à la demande, ...) il y a :  ≤1 an  2 ans  3 ans  4 ans  5 ans ou +  jamais

Poids : \_\_\_ kg Taille : \_\_\_ cm

		Plaintes ou signes cliniques au cours des 7 derniers j	Est-ce une gêne dans le travail ?	Traitement ou autre soin	(Colonne libre, facultatif)
<b>Cardio-respiratoire</b>					
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil respiratoire	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil cardio-vasculaire	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- HTA	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
<b>Neuro-psychique</b>					
RAS <input type="checkbox"/>	- fatigue, lassitude	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- anxiété, nervosité, irritabilité	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- troubles du sommeil	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Digestif</b>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
<b>Ostéo-articulaire</b>					
RAS <input type="checkbox"/>	- épaule	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- coude	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- poignet / main	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- membres inférieurs	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres cervicales	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres dorso-lombaires	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Dermatologie</b>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _
RAS <input type="checkbox"/>	<b>Troubles de l'audition</b>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	Oui <sub>1</sub> <input type="checkbox"/> Non <sub>0</sub> <input type="checkbox"/>	_ _

Questionnaire complémentaire au questionnaire Evrest (facultatif)

Pour utiliser ces champs libres :

- poser les questions que vous avez établies impérativement APRES avoir rempli, avec le salarié, le questionnaire Evrest dans son intégralité (poser les questions au début ou au milieu du questionnaire est susceptible d'en modifier les réponses
- prévoir dès le départ le codage que vous allez utiliser (et le noter soigneusement), personne ne pourra vous dire à quoi correspondront les données saisies dans cette partie du questionnaire

(Q1) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q2) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q3) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q4) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q5) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q6) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q7) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q8) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q9) .....  
..... | \_ | \_ |

(Q10) .....  
..... | \_ | \_ |