

# Dossier Médical



# Sommaire

<b>Identification - Données administratives</b> .....	1
<b>Vaccination, immunisation</b> .....	2
<b>Antécédents médicaux - Facteurs de risque</b> .....	2
<b>Traitements au long cours</b> .....	6
<b>Périodes d'arrêt de l'activité professionnelle</b> .....	6
<b>Hygiène de vie - Dépistages</b> .....	7
<b>Clinique (signes généraux et fonctionnels)</b> .....	8
<b>Antécédents professionnels</b> .....	10
<b>Caractéristiques de la situation de travail - Evaluation des risques</b> .....	11
• Nuisances <b>biologiques</b> .....	11
• Nuisances <b>physiques</b> .....	11
• Nuisances <b>chimiques</b> .....	12
• Risques liés aux <b>situations de travail</b> .....	12
• Interaction vie privée / vie professionnelle.....	13
<b>Remarques et suggestions sur ce questionnaire</b> .....	16

## Identification - Données administratives

Date :                   |\_|\_|\_|\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|\_|

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance   |\_|\_|\_|\_|\_|   |\_|\_|\_|\_|\_|   Homme    Femme

Si d'origine étrangère, en France depuis :   |\_|\_|\_|\_|\_|

Spécialité : \_\_\_\_\_

Année de Thèse :   |\_|\_|\_|\_|\_|   Année d'installation :   |\_|\_|\_|\_|\_|

Je suis maitre de stage des universités ?   Oui    Non

Adresse principale d'exercice : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_\_\_\_\_

Téléphone :   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Adresse mail (merci de l'écrire en MAJUSCULES) :  
\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### Médecins :

Traitant (désigné) :   Dr \_\_\_\_\_ , exerçant à : \_\_\_\_\_

Autres Spécialiste(s) : Dr \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_

Dr \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_

Médecin du Travail (si exercice salarié) :   Dr \_\_\_\_\_

Service de Santé au Travail : \_\_\_\_\_

Situation familiale :   Célibataire      Marié(e)    Vie maritale     
                                  Veuf(ve)    Divorcé(e)   

Profession du conjoint : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants :   |\_|\_|\_|

Nombre d'enfants à charge :   |\_|\_|\_|

Années de naissance	Années de naissance
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

## Vaccination, immunisation (ou antécédent)

DTPC

ROR

HEPATITE B

VARICELLE

GRIPPE

COVID

## Antécédents médicaux - Facteurs de risque

### Familiaux :

---

---

---

---

### Personnels :

#### • CARDIOVASCULAIRES

- Cardiopathie
- Coronaropathie
- HTA
- Artérite
- Thrombose veineuse profonde
- Insuffisance veineuse
- Autres

#### • RESPIRATOIRES

- Asthme
- Bronchite chronique
- Allergie(s)
- Chirurgie
- Autres

*Détailler si besoin*

#### Facteurs de risque cardio-vasculaires :

- Age (>50 ans chez l'homme ; >60 ans chez la femme)
- Tabagisme (actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans)
- Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce :
  - IdM ou mort subite <55 ans : père ou parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe M
  - IdM ou mort subite <65 ans : mère ou parent du 1<sup>er</sup> degré de sexe F
  - AVC précoce (< 45 ans)
- Diabète (traité ou non traité)
- Dyslipidémie (LDL  $\geq$ 1,60g/l ; HDL  $\leq$ 0,40g/l) quel que soit le sexe

• **DIGESTIFS**

- Hépatite virale
- Pathologie gastro-oesophagienne
- Pathologie hépatobiliaire
- Pathologie colorectale
- Chirurgie
- Autres

**Facteurs de risque de cancer colorectal :**

- Risque **modéré** : 50 à 74 ans sans risque élevé ou très élevé
- Risque **élevé** :
- Antécédent personnel ou familial de cancer colorectal ou d'adénome
  - Antécédent de maladie inflammatoire chronique (RCH et Crohn)
- Risque **très élevé** :
- Polypose adénomateuse familiale
  - Cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou Sd de Lynch)

• **REINS & VOIES URINAIRES**

- Néphropathie
- Affection du bas-appareil
- Chirurgie
- Autres

*Détailler si besoin*

• **GYNECO-OBSTETRICAUX**

- Nombre de grossesses à terme
- Nombre de grossesses pathologiques ou de fausses couches
- Antécédents mammaires
- Antécédents utéro-ovariens
- Chirurgie

**Facteurs de risque de cancer du sein :**

- Femme  $\geq$  50 ans
- Atcd familial avant 50 ans chez une parente du 1<sup>er</sup> degré
- ATCD d'irradiation thoracique
- ATCD personnel de cancer du sein, d'hyperplasie canalaire

• **ENDOCRINIENS/METABOLIQUES**

- Obésité
- Diabète
- Hyperlipidémie
- Hyperuricémie
- Dysthyroïdie
- Chirurgie
- Autre

**Facteurs de risque de diabète de type 2 :**

- $\geq$  45 ans
- et ayant au moins un facteur de risque :
- **Surpoids, défini par un IMC (indice de masse corporelle)  $\geq$  28 kg/m<sup>2</sup>**
  - **Sédentarité**
  - **Antécédents** familiaux de DNID, personnel de diabète gestationnel, de RCIU ou naissance d'un enfant de faible poids de naissance
  - **HTA, dyslipidémie**

- **APPAREIL LOCOMOTEUR**

- Cervicalgie(s) Chronique  Invalidante  Aiguës
- Dorsalgie(s) Chronique  Invalidante  Aiguës
- Lombalgie(s) Chronique  Invalidante  Aiguës
- Lomboradiculalgie(s) Chronique  Invalidante  Aiguës
- Atteinte articulaire périphérique
- Séquelles de traumatisme
- Chirurgie
- Autres

- **NEUROPSYCHIQUES**

- Céphalées
- Comitialité
- Trouble anxieux
- Episode dépressif majeur (caractérisé)
- Trouble bipolaire
- Schizophrénie
- Traumatisme / Violence
- Chirurgie
- Autres

*Détailler si besoin*

- **ORGANES HEMATOPOIETIQUES**

- Hémopathie maligne
- Autre hémopathie
- Affection ganglionnaire
- Autres

- **ORL**

- Antécédents allergiques
- Antécédents infectieux
- Surdité (congénitale, acquise ?)  
Appareillage ?
- Chirurgie
- Autres

• **APPAREIL OCULAIRE**

- Antécédents allergiques
- Troubles de la réfraction : Myopie  Hypermétropie  Astigmatisme  Presbytie
- Amblyopie

- Strabisme
- Dyschromatopsie
- Chirurgie
- Port d'une correction visuelle
- Autres

**Facteurs de risque de cataracte d'origine professionnelle :**

- Exposition aux rayonnements ionisants
- Exposition aux rayonnements thermiques

• **PEAU**

- Eczéma constitutionnel
- Psoriasis
- Dermite irritative
- Dermite allergique
- Autres

**Facteurs de risque de cancers cutanés :**

- Antécédent personnel ou familial de mélanome
- Nombre de nævus atypiques > 2
- Nombre de lésions mélanocytaires (nævus communs) > 50
- Antécédent de brûlure solaire
- Ephélides (taches de rousseur) nombreuses
- Phototype cutané de type I (peau extrêmement blanche, cheveux blonds ou roux, yeux bleus/verts)
- Nævus congénital géant (diamètre > 20 cm)

• **AUTRES**

- CHIRURGIE
- GENITALITE
- ALLERGIES

## Traitements au long cours

Au : |\_|\_| |\_|\_| |2|0|\_|\_|

Posologie

Année

**Autoprescription**

\_\_\_\_\_ |\_| / jour depuis |\_|\_|\_|\_|

Non  Oui

Nombre de consultations annuelles auprès d'un autre médecin : |\_|\_|

Fréquence de consultation d'un dentiste : \_\_\_\_\_

Reportez-vous des soins médicaux régulièrement ? Non  Oui

Je pratique l'autodiagnostic et/ou l'automédication: Non  Oui

 Fréquence de consultations gynécologiques \_\_\_\_\_

Contraception: Non  Oui  laquelle ? Grossesse en cours : Non  Oui

## Périodes d'arrêt de l'activité professionnelle pour maladie / grossesse / autre

Au cours des 12 derniers mois j'ai dû arrêter mon activité (en dehors des congés) : Non  Oui

Si oui, quelle est la durée et la cause de chaque arrêt :

- Arrêt n° 1 : |\_|\_|\_|\_| jours ; pour : \_\_\_\_\_
- Arrêt n° 2 : |\_|\_|\_|\_| jours ; pour : \_\_\_\_\_
- Arrêt n° 3 : |\_|\_|\_|\_| jours ; pour : \_\_\_\_\_



Date :                   |\_|\_| |\_|\_| |2|0|\_|\_|

<b>Signes généraux :</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<i>Détailler si besoin</i>
Asthénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	généralisée <input type="checkbox"/> ; spécifique <input type="checkbox"/> : _____
Anorexie/hyporexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amaigrissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de  _ _  kg ( _ _ %) en  _ _  mois volontaire <input type="checkbox"/> involontaire <input type="checkbox"/>
Au volant, je somnole :	Jamais <input type="checkbox"/>	Rarement <input type="checkbox"/>	Parfois <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/>

**Signes fonctionnels au cours de la période actuelle :**

<b>• APPAREIL CARDIOVASCULAIRE</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<i>Détailler si besoin</i>
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syncopes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lipothymies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>• APPAREIL RESPIRATOIRE</b>			
Douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Expectorations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>• APPAREIL DIGESTIF</b>			
Troubles du transit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Douleurs abdominales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hémorragie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>• APPAREIL URINAIRE</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<i>Détailler si besoin</i>
Dysurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Syndrome irritatif (pollakiurie, brûlures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres			

**APPAREIL OSTEOARTICULAIRE**

Syndrome douloureux	Rachidien	Cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Lombaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M. supérieurs	Epaule(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Coude(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Poignet(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M. inférieurs	Hanche(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Genou(x)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Cheville(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **APPAREIL NEUROMUSCULAIRE**

Céphalées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comitialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déficit moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble sensitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **PSYCHIATRIE**

Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de l'humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **APPAREIL OCULAIRE**

Port d'une correction visuelle (atcd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Correction d'une : _____
Fatigue visuelle sur écran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(picotements, tension des globes oculaires, céphalées en fin de journée)
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

• **THYROIDE**

Signes fonctionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• **PEAU - GANGLIONS**

	<i>Non</i>	<i>Oui</i>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **ORL - STOMATO**

- |                         |                          |                          |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Troubles de l'audition  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de l'équilibre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs dentaires      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- **AUTRES :**

### Antécédents professionnels

#### Activité professionnelle antérieure à l'exercice actuel

J'ai diversifié mes modes d'exercice : libéral, salarié, expertise, coordination (EHPAD),... etc. :

Oui  Non

---

Je me suis reconverti : Oui  Non

---

---

#### « Accident(s) de travail/trajet » / « Maladie(s) professionnelle(s) » :

- Accident d'exposition au sang (AES) :

---

---

- Avez-vous déjà présenté une symptomatologie médicale en lien avec votre travail ?

---

---

---

## Caractéristiques de la situation de travail - Evaluation des risques

Evaluation le |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |2|0|\_\_|\_\_|

- Spécialité :** Cabinet seul  : \_\_\_\_\_
- Cabinet groupe  : \_\_\_\_\_
- Etablissement de santé  : \_\_\_\_\_
- Exercice multi site  : \_\_\_\_\_

**Actes réalisés habituellement exposant à des risques *biologiques*** (micro-organismes), *chimiques* (médicaments, gaz...), *physiques* (RX, laser, postures contraignantes...) ou autres :

*Ex. : endoscopies digestives (gaz anesthésiques, postures contraignantes...)*

•

### 1 - Nuisances Biologiques

	Non, jamais	Oui,		SI OUI,
		parfois	souvent	Mode(s) d'exposition
<b>Avez-vous été exposé(e) à des agents infectieux</b> (VIH, VHB, VHC, CMV, rotavirus, adénovirus, BK, méningocoque, légionnelle, gale...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voie cutanée (AES) <input type="checkbox"/> Voie aérienne <input type="checkbox"/> Voie digestive <input type="checkbox"/>
<b>Je ne sais pas</b> <input type="checkbox"/>				

### 2 - Nuisances Physiques

Avez-vous été exposé(e) à :	Non, jamais	Oui,		SI OUI,	
		parfois	souvent	Dans quelles circonstances ?	Etes-vous formé / informés des risques ?
<b>Radiations ionisantes</b>					
Générateur de RX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Sources scellées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Sources non scellées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
<b>Radiations non-ionisantes</b>					
Laser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Champs magnétiques (IRM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
<b>Vibrations</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
<b>Postures</b>					
Manutention manuelle de charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Mouvements répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Autre(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
<b>Je ne sais pas</b> <input type="checkbox"/>						

### 3 - Nuisances Chimiques

Avez-vous été exposé(e) à :	Non, jamais	Oui,		SI OUI,		
		parfois	souvent	Dans quelles circonstances ?	Etes-vous formé / informés des risques ?	
Antinéoplasiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Oxyde d'éthylène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Anesthésiques volatils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Formaldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Glutaraldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
Autre(s) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
<b>Je ne sais pas</b> <input type="checkbox"/>						

### 4 - Risques liés aux situations de travail

Charge de travail : |\_|\_| heures par semaine.      Nombre de jours travaillés par semaine : |\_|, |\_|

Nombre de patients vus /j : |\_|\_| ;      Durée moyenne d'une consultation : |\_|\_| mn

Gardes : Non  / Oui  : |\_|\_|/mois

Charge psychique	OUI, tout à fait	Plutôt OUI	Plutôt NON	NON, pas du tout
Votre travail vous permet-il d'apprendre des choses nouvelles ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Votre activité est-elle variée ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pouvez-vous choisir vous-même la façon de procéder ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avez-vous des possibilités suffisantes d'entre-aide ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avez-vous les moyens de faire un travail de bonne qualité ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Estimez-vous avoir assez de temps pour parler aux patients ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pouvez-vous prendre une pause quand vous le souhaitez ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avez-vous le sentiment d'être reconnu par vos patients :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avez-vous le sentiment d'être reconnu par vos pairs :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Avez-vous le sentiment d'être reconnu par les pouvoirs publics :	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Etes-vous préoccupé(e) par la crainte de faire des erreurs ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Devez-vous travailler très rapidement ?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>Somme des points obtenue</b>	<b> _ _  /48</b>			

Je dois travailler d'une façon qui heurte ma conscience professionnelle : Non  / Oui

J'ai déjà été menacé verbalement ou physiquement : Non  / Oui

J'ai mis en place un système pour sécuriser mon lieu de travail (vidéosurveillance) : Non  / Oui

J'arrive à gérer le retard en consultation : Non  / Oui

Je me suis constitué un réseau de confrères vers lesquels je peux orienter facilement et rapidement mes patients : Non  / Oui

Je participe régulièrement à un groupe de parole ou à un groupe balint : Non  / Oui

J'ai suivi une formation à la gestion du stress : Non  / Oui

Je peux me faire remplacer facilement par un confrère ? Non  / Oui

### 5- Interaction vie privée/vie professionnelle

Ex : trajet, problème de garde d'enfants...

Quelle la qualité de ma vie professionnelle et personnelle ? Quel est l'équilibre entre les deux ?

Quel est le degré de décalage entre vie professionnelle souhaitée/vie professionnelle réelle ?	<input type="checkbox"/> Très important	<input type="checkbox"/> Important	<input type="checkbox"/> Peu important	<input type="checkbox"/> Insignifiant
Quel est le degré de satisfaction entre vie privée/vie professionnelle ?	<input type="checkbox"/> Insatisfait	<input type="checkbox"/> Peu satisfait	<input type="checkbox"/> Satisfait	<input type="checkbox"/> Très satisfait

J'ai des points d'intérêts en dehors de la médecine ? Oui  Non

Je partage régulièrement le vécu de mon quotidien avec mon (a) conjoint (e) et/ou mes enfants :

Oui  Non

J'ai souscrit une assurance-prévoyance (maladie, invalidité, décès) : Oui  Non

J'ai souscrit une assurance-AT/MP : Oui  Non

Je paye toujours en temps et en heure mes impôts et mes cotisations sociales et professionnelles : Oui   
Non

Conduite automobile : nombre de km (professionnels) par an : |\_|\_|\_|\_|\_| km ;

Temps de trajets...../jour..... Points restants : |\_|\_| / 12

Travail sur écran : < 2h  ≥2h  ≥6h  / par jour

**Ergonomie :** Espace et environnement de travail adaptés à votre activité ?      Oui     Non

Si non, pourquoi (espace ou éclairage insuffisant, postures contraignantes...) :

---

---

---

---

*En cas de problème(s) lié(s) à l'ergonomie de votre situation de travail **vous pouvez apporter des photos de la disposition de votre cabinet** (ou les envoyer **par mail** à [ImhotepNormandie@gmail.com](mailto:ImhotepNormandie@gmail.com)).*

### *Pistes de prévention*

**Quels sont les facteurs de risque que vous avez identifié et sur lesquels une action vous semble possible ?**

**Concernant votre santé physique :**

**Concernant votre santé morale :**

**Concernant votre prévoyance :**

**Quels aménagements comptez-vous mettre en place pour diminuer leur impact ?**

*Quels sont les facteurs de risque que vous avez identifié et sur lesquels une action vous semble possible ?*

**Concernant le téléphone et le secrétariat :**

**Concernant les visites et les consultations :**

**Concernant le travail administratif et l'informatique :**

**Concernant la formation et la pratique :**

**Concernant l'enseignement et le compagnonnage**

**Concernant le travail en équipe et l'interdisciplinarité**

**Concernant la sécurité de l'emploi :**

Quels aménagements comptez-vous mettre en place pour diminuer leur impact ?

Remarques et suggestions sur ce questionnaire

**Si vous en ressentez le besoin,  
vous pouvez contacter le  
0608 282 589**