

Questionnaire préalable d'examen médico-professionnel

ENTREPRISE

NOM / RAISON SOCIALE	
N° SIRET / N° SIREN	
TELEPHONE	
MAIL	

SALARIE







NOM-PRENOM + N° de téléphone personnel (facultatif)		DATE DE NAISSANCE	
N° SECURITE SOCIALE		DATE D'EMBAUCHE	
TYPE DE CONTRAT	<input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD	<input type="checkbox"/> Apprentissage / contrat de professionnalisation <i>(merci de joindre le planning de cours)</i>	<input type="checkbox"/> Saisonnier. Préciser la durée du contrat : <input type="checkbox"/> - de 45 jours de travail effectif <input type="checkbox"/> + 45 jours de travail effectif
INTITULE DU POSTE		COMMUNE DE TRAVAIL	

RAISON DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> Embauche ou changement de poste <input type="checkbox"/> Visite de reprise. Date de reprise : <input type="checkbox"/> en lien avec accident de travail <input type="checkbox"/> en lien avec maladie professionnelle <input type="checkbox"/> en lien avec maladie en lien avec maternité	<input type="checkbox"/> Suivi périodique <input type="checkbox"/> Visite à la demande de l'employeur (motivée par un écrit)
--	---

TYPE DE SUIVI

- **Suivi Individuel Renforcé [SIR] (si au moins un « oui » est coché, le suivi sera renforcé)**

Le salarié :	OUI	Le salarié :	OUI
<ul style="list-style-type: none"> • Dispose d'une habilitation électrique (atelier, maintenance... [liste non exhaustive]) 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Porte des charges lourdes, supérieures à 55 kg pour les hommes, et 25 kg pour les femmes 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Applique / utilise des produits chimiques (phytosanitaires, biocides = produits d'entretien) qui sont des Agents Cancérigènes, Mutagènes, Reprotoxiques (CMR 1a et 1b) <div style="text-align: center;">  <p>Exemples d'exposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Silice (terres de diatomées, coupe de pierre dans le paysage, BTP ...) - Poussières de bois - Fumées de soudure - Hydrocarbure - ... </div>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • Conduit un ou des engins (chariot élévateur, télescopique, nacelle, chargeur, plateforme...). • Cocher la ou les cases correspondantes : <div style="display: flex; flex-wrap: wrap; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Figure 1: Télescopique R 482</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Figure 2: Chariot élévateur R 489</p> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Figure 3: Nacelle R 486 </div> <div style="text-align: center;">  <p>Figure 4: Grue R 483</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Figure 5: Mini pelle / chargeur R 482</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Figure 6: Plateforme R 486</p> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Figure 7: Transpalette autoporté(e) R 489 </div> </div>	<input type="checkbox"/>

Le salarié :	OUI	Le salarié :	OUI
<ul style="list-style-type: none"> Est en contact avec des agents biologiques des groupes 3* et 4** <p><i>* : Psittacose, Fièvre Q, Tuberculose bovine, Virus de la chorioméningite lymphocitaire (neurotropes), Encéphalite à tiques d'Europe, Échinococcose alvéolaire, Brucellose, Virus de l'hépatite E ...</i></p> <p><i>** : Ces agents biologiques (par exemple Ebola) ne sont pas retrouvés en milieu professionnel agricole.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Exerce ses missions sur un poste à risques particuliers déclarés par l'entreprise au titre de l'article R4624-23 <p><i>L'employeur peut compléter cette liste après avis du Médecin du travail et du CSSCT ou CSE ou DP, en cohérence avec l'Évaluation des Risques Professionnels et la Fiche d'Entreprise. L'inscription de tout poste sur cette liste doit être motivée par écrit. Liste transmise au Médecin du travail et tenue à disposition de la DREETS, mise à jour annuellement.</i></p>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Est un jeune de moins de 18 ans affecté à des travaux réglementés <p><i>Cela concerne les grues à tour, nacelles cat 1A à 3B ; chariots automoteurs cat 1 à 6, engins travaux publics cat 1 à 10, ponts roulants, palans.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Présente un risque de chute lors des opérations de montage ou de démontage d'échafaudages 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Est au contact de l'amiante 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Est en contact avec le plomb 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Est en contact de rayons ionisants 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Est en contact avec le risque hyperbare 	<input type="checkbox"/>

• Suivi Individuel Adapté [SIA] (si au moins un « oui » est coché, le suivi sera adapté)

Le salarié :	OUI	Le salarié :	OUI
<ul style="list-style-type: none"> Est une femme enceinte ou allaitante 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Est travailleur de nuit 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Est un travailleur en situation de handicap et /ou disposant d'une RQTH 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Dispose d'une pension d'invalidité 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Est un jeune de moins de 18 ans non affecté à des travaux réglementés 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Est un apprenti majeur (hors poste relevant d'un Suivi Individuel Renforcé [SIR]) 	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Applique / utilise des agents chimiques dangereux dont des produits phytosanitaires hors CMR 1a et 1b 	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> Est exposé aux agents biologiques du groupe 2* <p><i>* Maladie de Lyme, Tularémie, Pasteurellose, Streptococcus suis, Hantavirose, Babésiose ou Piroplasmose, Dermatophytose, Leptospirose, ...</i></p>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Est exposé à des champs électromagnétiques dans le cas ou la VLEP est dépassée 	<input type="checkbox"/>		

Suivi Individuel Simple [SIS] : Si vous n'avez coché aucune case, votre salarié relève d'un SIS.

DATE :

SIGNATURE ET/ OU NOM DU REponsable :

MSA Armorique – SERVICE SANTE AU TRAVAIL

m22blfst.blf@armorique.msa.fr

m29blfst.blf@armorique.msa.fr