



## Fum-Ex 2

# QUESTIONNAIRE D'EXPOSITION AUX FUMIGANTS

Service réalisant l'étude (INSTITUTION) \_\_\_\_\_

Personne réalisant le questionnaire \_\_\_\_\_

DATE / / \_\_\_\_\_

nom ou n° \_\_\_\_\_

DATE de Naissance / / (mois/jour/année) AGE ans

SEXE F M

Taille (cm) \_\_\_\_\_

Poids (kg) \_\_\_\_\_

Fumeur actif: oui NON Jamais fumé

EX-FUMEUR: Oui NON

DATE FIN: / / (mois/jour/année)

TABAGISME EN PAQUET-ANNEES :

### HISTOIRE PROFESSIONNELLE

1. DESCRIPTION DU POSTE \_\_\_\_\_

2. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS A CE POSTE?

(M)/ (A)

3. TRAVAILLEZ-VOUS REGULIEREMENT AVEC DES FUMIGANTS, DES PESTICIDES OU AUTRES PRODUITS CHIMIQUES?

OUI NON

4. SI OUI # 3, Précisez: \_\_\_\_\_ Bromométhane ou bromure de méthyle

\_\_\_\_\_ Ethylene dichloride

\_\_\_\_\_ Methylene chloride

\_\_\_\_\_ Phosphine  
ou phosphures

\_\_\_\_\_ (AUTRES)

I. DUREE D'EXPOSITION AU TOTAL \_\_\_\_\_ (MOIS)

II. COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE TRAVAILLEZ-VOUS AVEC LES PRODUITS MENTIONNES CI-DESSUS? \_\_\_\_\_ HEURES

III. de quand date votre dernière exposition? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (MOIS/JOUR/ANNEE)

IV. DUREE DE LA DERNIERE EXPOSITION \_\_\_ (jours) \_\_\_ (Heures) \_\_\_ (minutes)

5. Si Non (QUESTION # 3): Avez-vous été exposé à ces agents par le passé?

OUI \_\_\_ NON \_\_\_

LEQUEL? \_\_\_\_\_

QUEL ETAIT VOTRE POSTE DE TRAVAIL A CE MOMENT-LA? \_\_\_\_\_

DEBUT D'EXPOSITION (DATE) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (MOIS/ANNEE)

FIN D'EXPOSITION (DATE) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (MOIS/ANNEE)

6. PORTEZ-VOUS DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE AU TRAVAIL ? \_\_\_\_\_

OUI\_NON

Si oui: lesquels? \_\_\_\_\_

7. Avez-vous déjà eu contact avec des agents chimiques dangereux?

OUI \_\_\_ NON \_\_\_

quel agent? \_\_\_\_\_

8. Avez-vous eu des examens radiologiques a visée diagnostique?

OUI \_\_\_ NON \_\_\_

pendant combien de temps? \_\_\_\_\_

## 9. SYMPTOMES

COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS RESENTI LES SYMPTOMES SUIVANTS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?

SYMPTOMES/INCIDENCE	Presque tout le temps	régulièrement	parfois	Quasiment jamais	jamais	Date de 1ere apparition (M/J/A)	est-ce rythmé par le travail
CEPHALEES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
DYSPNEE	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
Irritations des voies aeriennes, toux	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
Irritations des muqueuses	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
IRRITATIONS OCULAIRES, CONJUNCTIVITES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
NAUSEES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
VERTIGES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
CRAMPES MUSCULAIRES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
TROUBLES DE LA CONCENTRATION	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
DYSGEUSIE	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
ENGOURDISSEMENTS	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
DIARRHEES, CRAMPES ABDOMINALES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
FAIBLESSE, FATIGUE	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
Convulsions	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
TROUBLES DE LA MEMOIRE	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	

SYMPTOMES/INCIDENCE	Presque tout le temps	Parfois	Régulièrement	Quasiment jamais	jamais	Date de 1ere apparition (M/J/A)	est-ce lié au travail Oui/Non
INSTABILITE EMOTIONEL	<input type="checkbox"/>	__/__/__					
TRISTESSE, DEPRESSION	<input type="checkbox"/>	__/__/__					
TROUBLES DU SOMMEIL	<input type="checkbox"/>	__/__/__					
TROUBLES de l' équilibre, de la marche	<input type="checkbox"/>	__/__/__					
TREBLEMENT	<input type="checkbox"/>	__/__/__					
Autres, spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	__/__/__					

10. Avez-vous eu des pertes de connaissance dans les dernières années NON \_\_  
OUI \_\_\_\_\_

11. SI OUI (QUESTION #10):Celà est'il arrive à votre poste de travail? OUI \_\_ NON \_\_

12. Merci d'indiquer les pathologies aiguës et chroniques dont vous souffrez:

ARTHROSE, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

MALADIE S RHUMATOLOGIQUES, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

ASTHME, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

BRONCHITE CHRONIQUE \_\_\_\_\_

CANCER, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

DIABETE, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

MALADIES RENALES, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

MALADIES DU FOIE, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL/PERIPHERIQUE, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

AUTRES PATHOLOGIES CHRONIQUES, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

13. PRENEZ-VOUS REGULIEREMENT DES MEDICAMENTS? OUI NON \_\_

LEQUELS: \_\_\_\_\_

**16. REGI**

**ME**

**ALIM**

**ENTA**

**IRE**

Combien de fois par semaine mangez-vous de la viande? \_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine mangez-vous des légumes? \_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine mangez-vous des fruits? \_

**consommation d'alcool**

Vin \_\_\_\_\_ Bieres \_\_\_\_\_ alcool fort \_\_\_\_\_

Combien d'unités par semaine? \_\_\_\_\_

17. autres données si nécessaire: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**UN GRAND MERCI POUR VOTRE COOPERATION!**