



Questionnaire de santé pour policier municipal, garde champêtre

S - Questionnaire de santé
pour policier municipal et
garde champêtre - A

Les éléments à renseigner ci-dessous sont **obligatoires** pour le jour de la visite. Cocher la réponse correspondante.

| Identification | | |
|----------------|-------|----------|
| Collectivité : | Nom : | Prénom : |

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1) Etes-vous suivi régulièrement par votre médecin traitant ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui plus de 4 fois par an | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous consulté un médecin spécialiste au moins une fois au cours de l'année écoulée ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous été hospitalisé(e) et /ou opéré(e) au cours des 5 dernières années ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| Pour quel motif(s) ? | | |
| 3) Prenez-vous des médicaments chaque jour ? si oui, merci de préciser | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 4) Rencontrez-vous des difficultés en conduisant (accrochage ou accident au cours des 5 dernières années, à la lecture des panneaux, pour apprécier les vitesses et les distances, erreurs d'orientation, gêne l'exécution de certaines manœuvres, malaises au volant) | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 5) Portez-vous des lunettes ou des lentilles de contact ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous déjà eu des problèmes cardiaques, artériels ou de tension ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 7) Avez-vous un pace maker, un défibrillateur implanté, des stents ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 8) Avez-vous des problèmes de vue suivis de manière régulière (glaucome, cataracte, DLMA, autre) | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 9) Avez-vous parfois des vertiges ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 10) Avez-vous des trous de mémoire, oublis fréquents, difficultés à vous concentrer ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 11) Avez-vous des problèmes de sommeil (endormissements, réveils fréquents, agités) | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 12) Vous arrive-t-il de vous endormir à table, lors de réunion, au cinéma, au volant ou dans d'autres circonstances inappropriées (même très peu de temps) | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 13) Avez-vous des appareils respiratoires (oxygène, masque de nuit, autres) ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 14) Avez-vous déjà eu des pertes de connaissances, syncopes ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 15) Avez-vous déjà été victime d'un accident vasculaire cérébral ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de tête, vertiges, paralysies troubles de la mémoire, autres) | | |
| 16) Avez-vous déjà été victime d'un traumatisme crânien ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, y a-t-il des conséquences aujourd'hui (maux de tête, vertiges, paralysies, troubles de la mémoire, autre) | | |
| 17) Avez-vous déjà pris des traitements pour le moral, des angoisses, une dépression, les nerfs ou le sommeil | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 18) Avez-vous déjà fait une crise d'épilepsie ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |



Questionnaire de santé pour policier municipal, garde champêtre

S - Questionnaire de santé
pour policier municipal et
garde champêtre - A

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 19) Êtes-vous soigné(e) pour du diabète ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 20) Avez-vous déjà fait des malaises par manque de sucre (hypoglycémie) ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 21) Autre problèmes médicaux ? si oui, merci de préciser | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| 22) A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons qui contiennent de l'alcool (vin, bières, ou cidre, apéritif ou liqueur) ? <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> 1fois /semaine <input type="checkbox"/> le WE uniquement <input type="checkbox"/> en festif <input type="checkbox"/> jamais | | |
| 23) Combien de verres buvez-vous au cours d'une journée ordinaire ? Nombre de verres : | | |
| 24) Consommez-vous, même occasionnellement des drogues illicites (cannabis, ecstasy, héroïne ou autres) ? | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui à quelle fréquence <input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> 1fois /semaine <input type="checkbox"/> le WE uniquement <input type="checkbox"/> en festif | | |
| 25) Avez-vous déjà été suivi pour des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues | <input type="checkbox"/> Oui | Non <input type="checkbox"/> |

Je certifie sur l'honneur avoir rempli sincèrement ce questionnaire et que les renseignements donnés sont exacts.

Fait à :

Le :/...../20....

Nom Prénom :

Signature :