

QUESTIONNAIRE DE SANTE DE PRE-EMPLOI
PRE-EMPLOYMENT HEALTH QUESTIONNAIRE

Important : Le candidat doit remplir le questionnaire ci-dessous dans son intégralité et s'assurer que toutes les réponses sont exactes, au mieux de ses connaissances.

Important: The candidate must answer the questions set out below fully and accurately, to the best of their knowledge and belief.

Nom Name	Prénom First name	Sex Gender <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Né(e) le Date of birth	Situation de famille Marital status	Nombre d'enfants Number of children
Profession Profession		

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS – PERSONAL HISTORY

1. Souffrez-vous ou avez-vous jamais souffert de (précisez si oui): Do you suffer, or have you ever suffered, from (if yes please specify):	Oui / Yes	Non / No	Détails / Details
Maladies du sang [anémie, leuco-granulopénie, leucémie, tendance aux hémorragies (nez, dents, selles)] etc. Diseases of the blood (anaemia, leuco-granulopenia, leukemia, tendency to haemorrhage nose, teeth, stools) etc.			
Maladies des glandes lymphatiques (ganglions enflés, douloureux, en permanence ou par accès) Diseases of the lymphatic glands (glands swollen and painful, permanently or intermittently)			
Maladies du coeur (essoufflement, cyanose, lésion connue, hypertension) Heart diseases (shortness of breath, cynosis, known lesion, high blood pressure)			
Maladies pulmonaires [infectieuses, aiguës ou chroniques (TBC)] Lung diseases [infectious, acute or chronic (T.B.)]			
Maladies du tube digestif, du foie, du pancréas (de toute nature) Diseases of the digestive system, liver and pancreas (of all kinds)			
Maladies des reins et du système génital (infection chronique, néphrite, calcul) Diseases of the genito-urinary system (chronic infection, nephritis, stone)			
Maladies du système nerveux (tremblements, fatigue, épilepsie, stroke) Diseases of the nervous system (tremor, fatigue, epilepsy, Accidents vasculaires cérébraux) .			
Affections psychiatriques ou troubles de la santé mentale (dépression, anxiété Bipolarité, troubles de l'alimentation, troubles obsessionnels-compulsifs ou troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité (TDAH) Psychiatric conditions or mental health disorders (Depression, Anxiety or bipolar disorders, eating disorders, obsessive-compulsive disorder or Attention deficit Hyperactivity Disorder ADHD)			
Maladies de la peau Skin diseases			
Maladies du métabolisme et des glandes endocrines (diabète, goutte, etc., maladies des glandes thyroïde et surrénale) Disorders of metabolism and the endocrine glands (diabetes, gout, etc., diseases of the thyroid and adrenal glands)			
Affections oculaires (cataracte, conjonctivite, daltonisme, myopie, astigmatisme, troubles de la vue) Eye diseases (cataract, conjunctivitis, colour blindness, shortsightedness, astigmatism, defective vision..)			
Affections oto-rhino-laryngologiques (rhinite, angine chronique) Ear, nose and throat diseases (rhinitis, chronic tonsillitis)			

Souffrez-vous ou avez-vous jamais souffert de (précisez si oui): Do you suffer, or have you ever suffered, from (if yes please specify):	Oui / Yes	Non / No	Détails / Details
Maladies allergiques (asthme, rhume des foins, névrodermite) Allergies (asthma, hay fever, and neurodermatitis)			
Maladies infectieuses (fièvre rhumatismale, diphtérie et autres affections sérieuses) Infectious diseases (rheumatic fever, diphtheria, and other serious illnesses)			
Affections ostéo-articulaires (colonne vertébrale) Osteo-articular diseases (spinal column)			
Pour les personnes de sexe féminin : affections gynécologiques For women any gynecological diseases			
Avez-vous souffert d'autres affections non énumérées ci-dessus ? (si oui, lesquelles) Have you suffered from any other diseases not mentioned above ? (if so, give details)			
Avez-vous eu des traitements prolongés par des antibiotiques, de l'insuline, de la cortisone ou d'autres cure d'injections ? Have you had prolonged treatment with antibiotics, insulin, cortisone, or other injections?			

2. Prenez -vous régulièrement des médicaments ? (si oui, lesquels) Do you take any medicine regularly? (if so, give details) ...			
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

3. Faites-vous ou avez-vous fait usage habituel de stupéfiants ou de boissons alcooliques ? (si oui, lesquels et quelle quantité en moyenne par jour) Are you or have you ever been in the habit of taking drugs or alcoholic drinks? (if so, state which and what amount per day)			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

4. Avez-vous un dispositif implantable tel qu'un pacemaker, un neurostimulateur, pompe à insuline, etc. ? Il est impératif d'informer notre service médical qui doit se prononcer sur l'aptitude pour pouvoir accéder dans des zones surveillées et potentiellement exposées à des champs électromagnétiques. Veuillez nous fournir les détails suivants concernant votre dispositif implantable : Type de dispositif (par exemple, pacemaker, neurostimulateur, etc.) Nom du fabricant et modèle du dispositif Date de l'implantation Nom et contact de votre médecin ou spécialiste Ces informations nous permettront de vous donner des recommandations spécifiques et de coordonner avec les responsables des zones surveillées pour garantir votre sécurité. Do you have an implantable device such as a pacemaker, neurostimulator or insulin pump, etc.? It is mandatory that you notify CERN Medical Service (insert email address or telephone number), which will determine your fitness to enter supervised areas potentially exposed to electromagnetic fields. Please provide the following details about your implantable device: Type of device (e.g. pacemaker, neurostimulator, etc.) Manufacturer's name and device model Date of implantation Name and contact details of your doctor or specialist This information will enable the provision of specific recommendations and coordination with those responsible for the areas monitored to ensure your safety.			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

5. Fumez-vous ? (si oui, quelle quantité par jour) Do you smoke? (if so, state quantity per day)			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

6. Avez-vous été victime d'un accident grave ? (si oui, lequel et quelles ont été les suites) Have you ever had a major accident? (if so, give details and state the consequences)			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

7. Avez-vous subi une opération ? (si oui, laquelle) Have you ever undergone an operation? (if so, give details)			
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Antécédents professionnels – Professional history

Précisions sur les travaux que vous avez effectués antérieurement – Details of previous work

13. Avez-vous souffert de maladies professionnelles dues à des irradiations, toxiques, chimiques (mercure, benzol, hydrocarbures), substances cancérogènes, mutagènes, silicose des mineurs ou duciment ou autres ?
Have you ever suffered from any occupational diseases due to irradiation, toxic chemicals, mercury, benzol, hydrocarbons, cancer-producing or mutation-producing substances or any other? Have you ever suffered from miner's or cement worker's silicosis ?
.....
14. Avez-vous été au contact de matières radioactives ou avez -vous été exposé à des rayonnements ionisants dans votre travail ?
Si oui, quelles sont les doses que vous avez reçues ?.....
Etes -vous en possession de votre dossier médical à ce sujet ?
Have you ever been in contact with radioactive materials or exposed to ionizing radiation in the course of your work? Oui/Yes Non/No
If so, give particulars of doses received if known.....
Are you in possession of your medical case history in this respect? Oui/Yes Non/No
15. Avez-vous été soumis à des contrôles médicaux de dépistage des maladies professionnelles ?
Si oui, selon quelle fréquence ?
Have you ever undergone any medical examinations for the detection of occupational disease? Oui/Yes Non/No
If so, at what intervals ?.....
16. Avez-vous eu des contrôles sanguins pendant votre travail dans les radiations ou avec des substances dangereuses ?
Si oui, ont-ils donné des résultats normaux ?
Have you ever undergone blood tests in the course of work involving exposure to radiation or with dangerous substances? Oui/Yes Non/No
If so, were the results normal?

Lieu et date
Place and date

Signature:

Ce questionnaire est destiné à votre dossier médical et sera conservé conformément aux conditions qui régissent le secret médical.

This questionnaire will be kept in your individual medical file and handled with strict confidentiality.