

**Axiom Medical Consulting, LLC**  
**Annexe C à Sec. 1910.134**

**Questionnaire d'évaluation médicale (obligatoire) pour appareil respiratoire OSHA**

**Destiné à l'employé :**

Savez-vous lire (cocher une case): Oui  Non

***Vous pouvez remplir ce formulaire sur l'ordinateur via un logiciel de traitement de texte (par exemple, Microsoft Word), puis enregistrez-le et renvoyez-le nous par e-mail. Vous pouvez également l'imprimer et le renvoyer par fax, une fois rempli.***

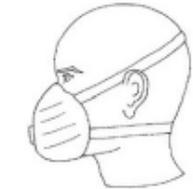
Votre employeur doit vous permettre de répondre à ce questionnaire pendant les heures normales de travail ou à un moment et dans un lieu à votre convenance. Afin de conserver vos données personnelles confidentielles, seul un représentant d'Axiom Medical Consulting, LLC et le représentant médical / services de santé de votre entreprise peut consulter ou réviser vos réponses. Veuillez renvoyer le questionnaire rempli par courrier, fax ou e-mail à :

Axiom Medical Consulting, LLC  
4840 W Panther Creek Dr. Suite 106  
The Woodlands, TX 77381  
O: (281) 419-7063 F: (281) 465-7150

**Partie A. Section 1. (Obligatoire) Chaque employé ayant été sélectionné pour utiliser tout type d'appareil respiratoire doit fournir les informations suivantes (écrire en majuscules).**

1. Date du jour : \_\_\_\_\_
2. Votre nom : \_\_\_\_\_
3. Votre date de naissance : \_\_\_\_\_
4. Sexe (cochez une case) : Homme  Femme
5. Votre taille : \_\_\_\_\_ cm
6. Votre poids : \_\_\_\_\_ kg
7. Votre fonction : \_\_\_\_\_
8. Votre numéro de SS ou d'employé : \_\_\_\_\_
9. Un numéro de téléphone où vous joindre (inclure l'indicatif régional) : \_\_\_\_\_
10. Le meilleur moment pour vous joindre à ce numéro : \_\_\_\_\_
11. Votre employeur vous a-t-il dit comment contacter le professionnel de santé qui examinera ce questionnaire (Cochez une case) : Oui  Non  Nom de l'entreprise / employeur: \_\_\_\_\_

12. Vérifiez le type d'appareil respiratoire que vous allez utiliser (vous pouvez cocher plus d'une catégorie) :



\_\_\_\_\_ appareil de protection respiratoire jetable N R ou P



\_\_\_\_\_ appareil respiratoire facial semi complet

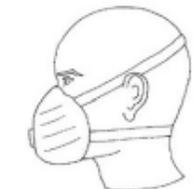


\_\_\_\_\_ appareil respiratoire facial complet



\_\_\_\_\_ appareil respiratoire autonome (ARA ou à adduction d'air) EN CAS DE DANGER UNIQUEMENT

Avez-vous déjà porté un appareil respiratoire (cochez une case) : Oui  Non  ----- Si «oui», de quel(s) type(s) :



\_\_\_\_\_ appareil de protection respiratoire jetable N R ou P



\_\_\_\_\_ appareil respiratoire facial semi complet



\_\_\_\_\_ appareil respiratoire facial complet



\_\_\_\_\_ appareil respiratoire autonome (ARA ou à adduction d'air) EN CAS DE DANGER UNIQUEMENT

**Partie A. Section 2. (Obligatoire) Chaque employé ayant été sélectionné pour l'utilisation de tout type d'appareil respiratoire doit répondre à toutes les questions 1 à 9 ci-dessous (répondre par "oui" ou "non").**

**1. Fumez-vous actuellement du tabac ou avez-vous fumé du tabac au cours du dernier mois :** \_\_\_ Oui Non   
Si oui, combien de cigarettes fumez-vous quotidiennement et depuis combien d'années?  
\_\_\_\_\_ paquets/jour \_\_\_\_\_ années

**2. Avez-vous déjà eu l'une des pathologies suivantes ?**

a. Crises d'épilepsie (convulsions) : \_\_\_\_\_ Oui Non   
Si OUI,

i. La dernière crise s'est-elle produite au cours des deux dernières années ?

ii. Suivez-vous actuellement un traitement pour traiter ces crises ?

iii. Êtes-vous actuellement suivi par un médecin pour traiter ces crises ?

b. Diabète (maladie liée au sucre) : \_\_\_\_\_ Oui Non   
i. Souffrez-vous actuellement de diabète ? Oui Non

Si OUI,

i. A quelle fréquence faites-vous vérifier votre taux de sucre ?

\_\_\_\_\_ Tous les jours \_\_\_\_\_ Toutes les semaines \_\_\_\_\_ Moins souvent que cela

ii. Avez-vous souffert de crises d'hypoglycémie (faible teneur en sucre) au cours des six derniers mois ?

iii. Prenez-vous de l'insuline?

iv. Prenez-vous des médicaments par voie orale (comprimés) pour traiter votre diabète ?

v. Selon vous et votre médecin, pensez-vous que votre glycémie est sous contrôle ?

c. Réactions allergiques interférant avec votre respiration : \_\_\_\_\_ Oui Non

d. Claustrophobie (peur des endroits clos) : \_\_\_\_\_ Oui Non

e. Troubles de l'odorat : \_\_\_\_\_ Oui Non

f. Si vous avez répondu Non à TOUTES les questions ci-dessus, passez à la question 3.

Si vous avez répondu Oui à l'UNE des questions ci-dessus, veuillez préciser depuis combien de temps et indiquez toute prise de médicaments :

---

*L'une des pathologies à laquelle vous avez répondu Oui ci-dessus vous empêche-t-elle de porter un ARA ?* \_\_\_\_\_ Oui Non

**3. Avez-vous déjà souffert des troubles pulmonaires suivants ?**

a. Asbestose : \_\_\_\_\_ Oui Non

b. Asthme : \_\_\_\_\_ Oui Non

c. Bronchite chronique : \_\_\_\_\_ Oui Non

d. Emphysème : \_\_\_\_\_ Oui Non

e. Pneumonie : \_\_\_\_\_ Oui Non

f. Tuberculose : \_\_\_\_\_ Oui Non

g. Silicose : \_\_\_\_\_ Oui Non

h. Pneumothorax (affaissement pulmonaire) : \_\_\_\_\_ Oui Non

i. Cancer du poumon : \_\_\_\_\_ Oui Non

j. Côtes cassées : \_\_\_\_\_ Oui Non

k. Toute blessure ou chirurgie thoracique : \_\_\_\_\_ Oui Non

l. Tout problème pulmonaire dont vous avez connaissance : \_\_\_\_\_ Oui Non

Si vous avez répondu Non à TOUTES les questions ci-dessus, passez à la question 4.

Si vous avez répondu Oui à l'UNE des questions ci-dessus, veuillez préciser depuis combien de temps et indiquez toute prise de médicaments :

---

*L'une des pathologies à laquelle vous avez répondu Oui ci-dessus vous empêche-t-elle de porter un ARA ?* \_\_\_\_\_ Oui Non

**4. Ressentez-vous les symptômes de troubles ou maladies pulmonaires suivants ?**

- a. Essoufflement : \_\_\_\_\_ Oui Non
- b. Essoufflement lors d'une marche rapide sur surface plane ou lors de la montée d'une petite colline ou de faible inclinaison: \_\_\_\_\_ Oui Non
- c. Essoufflement lors d'une marche avec d'autres personnes à un rythme normal et sur surface plane : \_\_\_\_\_ Oui Non
  - i. Essoufflement lors du port d'un appareil respiratoire : \_\_\_\_\_
- d. Être obligé de s'arrêter pour reprendre sa respiration au cours d'une marche à votre rythme et sur surface plane: \_\_\_\_\_ Oui Non
- e. Essoufflement lorsque vous vous lavez et habillez : \_\_\_\_\_ Oui Non
- f. Essoufflement interférant avec votre activité professionnelle : \_\_\_\_\_ Oui Non
- g. Toux produisant des glaires (crachats épais) : \_\_\_\_\_ Oui Non
- h. Toux vous réveillant tôt le matin : \_\_\_\_\_ Oui Non
- i. Toux survenant la plupart du temps lorsque vous êtes couché : \_\_\_\_\_ Oui Non
- j. Crachats de sang au cours du dernier mois : \_\_\_\_\_ Oui Non
- k. Respiration sifflante : \_\_\_\_\_ Oui Non
- l. Respiration sifflante interférant avec votre activité professionnelle : \_\_\_\_\_ Oui Non
- m. Douleur à la poitrine lorsque vous respirez profondément : \_\_\_\_\_ Oui Non
- n. D'autres symptômes pouvant être liés à des problèmes pulmonaires : \_\_\_\_\_ Oui Non

Si vous avez répondu Non à TOUTES les questions ci-dessus, passez à la question 5.

Si vous avez répondu Oui à l'UNE des questions ci-dessus, veuillez préciser depuis combien de temps et indiquez toute prise de médicaments :

---

*L'une des pathologies à laquelle vous avez répondu Oui ci-dessus vous empêche-t-elle de porter un ARA ?* \_\_\_\_\_ Oui Non

**5. Avez-vous déjà ressenti les symptômes cardio-vasculaires ou cardiaques suivants ?**

- a. Crise cardiaque : \_\_\_\_\_ Oui Non
- b. AVC : \_\_\_\_\_ Oui Non
- c. Angine : \_\_\_\_\_ Oui Non
- d. Insuffisance cardiaque : \_\_\_\_\_ Oui Non
  - i. Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) : \_\_\_\_\_
- e. Gonflement de vos jambes ou pieds (non causé par la marche) : \_\_\_\_\_ Oui Non
- f. Arythmie cardiaque (battements cardiaques irréguliers) : \_\_\_\_\_ Oui Non
- g. Hypertension artérielle : \_\_\_\_\_ Oui Non
- h. Tout autre problème cardiaque dont vous avez connaissance : \_\_\_\_\_ Oui Non

Si vous avez répondu Non à TOUTES les questions ci-dessus, passez à la question 6.

Si vous avez répondu Oui à l'UNE des questions ci-dessus, veuillez préciser depuis combien de temps et indiquez toute prise de médicaments :

---

*L'une des pathologies à laquelle vous avez répondu Oui ci-dessus vous empêche-t-elle de porter un ARA ?* \_\_\_\_\_ Oui Non

**6. Avez-vous déjà ressenti les symptômes cardio-vasculaires ou cardiaques suivants ?**

- a. Douleurs fréquentes ou sensation d'oppression dans la poitrine : \_\_\_\_\_ Oui Non
- b. Douleur ou oppression dans la poitrine au cours d'une activité physique : \_\_\_\_\_ Oui Non
- c. Douleur ou oppression dans la poitrine interférant avec votre activité : \_\_\_\_\_ Oui Non
- d. Au cours des deux dernières années, avez-vous remarqué des battements de cœur irréguliers : \_\_\_\_\_ Oui Non
- e. Brûlures d'estomac ou indigestions non liées à l'alimentation : \_\_\_\_\_ Oui Non
- f. Tout autre symptôme que vous pensez être lié à des problèmes cardiaques ou de circulation : \_\_\_\_\_ Oui Non

Si vous avez répondu Non à TOUTES les questions ci-dessus, passez à la question 7.

Si vous avez répondu Oui à l'UNE des questions ci-dessus, veuillez préciser depuis combien de temps et indiquez toute prise de médicaments :

---

*L'une des pathologies à laquelle vous avez répondu Oui ci-dessus vous empêche-t-elle de porter un ARA ?* \_\_\_\_\_ Oui Non

**7. Prenez-vous actuellement des médicaments pour traiter l'un des problèmes suivants ?**

- a. Problèmes respiratoires ou pulmonaires : \_\_\_\_\_ Oui Non
- b. Troubles cardiaques : \_\_\_\_\_ Oui Non
- c. Hypertension artérielle : \_\_\_\_\_ Oui Non
  - i. Si oui, quelle a été votre dernière lecture de la pression artérielle? \_\_\_\_\_
- d. Crises d'épilepsie (attaques) : \_\_\_\_\_ Oui Non

Si vous avez répondu Non à TOUTES les questions ci-dessus, passez à la question 8.

Si vous avez répondu Oui à l'UNE des questions ci-dessus, veuillez préciser depuis combien de temps et indiquez toute prise de médicaments :

---

L'une des pathologies à laquelle vous avez répondu Oui ci-dessus vous empêche-t-elle de porter un ARA ? \_\_\_\_\_ Oui Non

**8. Si vous avez déjà utilisé un appareil respiratoire, avez-vous déjà rencontré l'un des problèmes suivants ? (Si vous n'avez jamais utilisé d'appareil respiratoire, cochez le champ ci-dessous et passez à la question 9)**

- a. Irritation oculaire : \_\_\_\_\_ Oui Non
- b. Allergies cutanées ou éruptions cutanées : \_\_\_\_\_ Oui Non
- c. Anxiété : \_\_\_\_\_ Oui Non
- d. Faiblesse générale ou état de fatigue : \_\_\_\_\_ Oui Non
- e. Tout autre problème interférant avec l'utilisation d'un appareil respiratoire : \_\_\_\_\_ Oui Non

9. Souhaitez-vous parler de vos réponses à ce questionnaire au professionnel de santé qui l'examinera : Oui Non

**Chaque employé ayant été sélectionné pour l'utilisation d'un appareil respiratoire facial complet ou d'un appareil respiratoire autonome (ARA), doit répondre aux questions 10 à 15 ci-dessous. Les employés ayant été sélectionnés pour l'utilisation d'autres types d'appareils respiratoires, répondent déjà ce questionnaire de manière volontaire.**

10. Avez-vous déjà perdu la vue d'un des yeux (temporairement ou définitivement) : \_\_\_\_\_ Oui Non

11. Souffrez-vous actuellement d'un des troubles de la vue suivants ?

- a. Port de lentilles de contact : \_\_\_\_\_ Oui Non
- b. Port de lunettes de vue : \_\_\_\_\_ Oui Non
- c. Daltonien : \_\_\_\_\_ Oui Non
- d. Toute autre problème oculaire ou trouble de la vision : \_\_\_\_\_ Oui Non

12. Avez-vous déjà été blessé aux oreilles, y compris souffert d'un tympan brisé : \_\_\_\_\_ Oui Non

13. Souffrez-vous actuellement d'un des problèmes auditifs suivants ?

- a. Troubles de l'audition : \_\_\_\_\_ Oui Non
- b. Port d'une prothèse auditive : \_\_\_\_\_ Oui Non
- c. Tout autre trouble de l'audition : \_\_\_\_\_ Oui Non

14. Avez-vous déjà eu une blessure ou des douleurs au dos : \_\_\_\_\_ Oui Non

- i. Pensez-vous que votre mal de dos puisse interférer avec le port d'un appareil respiratoire ?

---

15. Souffrez-vous actuellement d'un des problèmes musculo-squelettiques suivants ?

- a. Faiblesse musculaire dans l'un de vos bras, mains, jambes ou pieds : \_\_\_\_\_ Oui Non
- b. Douleurs au dos : \_\_\_\_\_ Oui Non
- c. Difficulté à bouger complètement les bras et jambes : \_\_\_\_\_ Oui Non
- d. Douleur ou raideur lorsque vous vous penchez vers l'avant ou l'arrière au niveau de la taille : \_\_\_\_\_ Oui Non
- e. Difficulté à baisser ou lever votre tête : \_\_\_\_\_ Oui Non
- f. Difficulté à tourner votre tête d'un côté ou de l'autre : \_\_\_\_\_ Oui Non
- g. Difficulté à plier vos genoux : \_\_\_\_\_ Oui Non
- h. Difficulté à vous accroupir : \_\_\_\_\_ Oui Non
- i. Monter des marches ou porter une échelle pesant plus de 12 kgs : \_\_\_\_\_ Oui Non
- j. Tout autre problème musculaire ou squelettique interférant avec l'utilisation d'un appareil respiratoire: Oui Non

---

L'une des pathologies à laquelle vous avez répondu Oui ci-dessus vous empêche-t-elle de porter un ARA ? \_\_\_\_\_ Oui Non

16. Votre activité professionnelle actuelle vous oblige-t-elle à porter un appareil respiratoire lorsque vous travaillez à haute altitude (plus de 2450 mètres) ou dans un lieu moins oxygéné que la normale ? \_\_\_\_\_ Oui Non

- i. Si OUI, vous sentez-vous étourdi, essoufflé et avez-vous la sensation que votre cœur s'emballa lorsque vous travaillez dans ces conditions ?

---

Si vous avez répondu Oui à l'UNE des questions 10 à 16, veuillez préciser depuis combien de temps et indiquez toute prise de médicaments :

---