



Microtraumatismes répétés (membres supérieurs) Questionnaire du travailleur

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE POUR NOUS AIDER À DÉTERMINER SI VOTRE PROBLÈME EST LIÉ AU TRAVAIL.

Dossier N°

Renseignements sur le travailleur

Nom		Prénom						
Adresse de correspondance (inclure le code postal)			Communauté			Téléphone (inclure l'indicatif régional)		
Adresse de résidence			Date de naissance	AA	MM	JJ	Sexe	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nom de l'employeur						Emploi du travailleur		

Questions

Réponses

Renseignements professionnels

1. Emploi actuel:					
2. Depuis combien de temps faites vous ce travail?					
3. Emplois précédents avec des tâches semblables?					
4. Deuxième emploi?					
5. Votre employeur est-il au courant de vos problèmes? Quand en avez-vous informé votre employeur?					
6. Activités de travail contribuant à la blessure à l'étude:					
7. Tâches répétitives faites au travail:	Tâche 1	Tâche 2	Tâche 3	Tâche 4	Tâche 5
• Poids impliqué dans la tâche	1.				
• Force appliquée pour faire la tâche	2.				
• Main droite ou gauche ou les deux	3.				
• Nombre d'heures par jour	4.				
• Nombre d'heures consécutives par jour	5.				
• Fréquence/durée /nombre de pauses	6.				
• Outils à vibration utilisés	7.				

Questionnaire du travailleur sur les microtraumatismes répétés (membres supérieurs)

Antécédents professionnels (suite)																			
8. Mouvements concernés:	Mouvement de torsion <input type="checkbox"/> Mouvement d'essorage <input type="checkbox"/> Travail au-dessus des épaules <input type="checkbox"/> Mouvement de préhension <input type="checkbox"/>																		
9. Changements récents dans le type ou le nombre de tâches effectuées?																			
10. Heures supplémentaires ou travail extraordinaire?																			
Renseignements sur la blessure																			
11. Décrivez la blessure physique, y compris les symptômes.																			
12. Où sont les symptômes:	<table border="0"> <tr> <td>Main</td> <td>D G</td> <td>Poignet</td> <td>D G</td> <td>Cou</td> <td>D G</td> </tr> <tr> <td>Épaule</td> <td>D G</td> <td>Coude</td> <td>D G</td> <td>Avant-bras</td> <td>D G</td> </tr> <tr> <td>Doigts</td> <td>D G</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Main	D G	Poignet	D G	Cou	D G	Épaule	D G	Coude	D G	Avant-bras	D G	Doigts	D G				
Main	D G	Poignet	D G	Cou	D G														
Épaule	D G	Coude	D G	Avant-bras	D G														
Doigts	D G																		
13. Date à laquelle les symptômes se sont produits:																			
14. Activités effectuées lorsque les symptômes sont apparus:																			
15. Les symptômes changent-ils lorsque vous n'êtes pas au travail? Comment?																			
16. À quel moment ces symptômes vous gênent-ils?	Au travail <input type="checkbox"/> La nuit <input type="checkbox"/>																		
	En faisant :																		
	Autre :																		
17. Qu'est-ce qui soulage les symptômes?																			
18. Qu'est-ce qui aggrave les symptômes?																			

