



Nom: Nom de naissance : Date :/...../.....

Prénom: Date de naissance :/...../.....

Age : ans Sexe : masculin féminin autres

Je vis seul(e) : oui non (cochez « non » si concubinage, collocation, etc) Nombre d'enfant(s) vivant dans le foyer :

Profession : Service/Labo: Site(s) d'exercice :

Unité de Travail UT : Assistant de Prévention AP :

STRESS AU TRAVAIL

Mon état de stress se situe : (placer une croix sur la ligne)

Niveau le _____ Niveau le
Plus faible _____ Plus fort
0 100

SATISFACTION PROFESSIONNELLE

Mon état de satisfaction se situe : (placer une croix sur la ligne)

Niveau le _____ Niveau le
Plus faible _____ Plus fort
0 10

ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE :

	Nom du ou des sports pratiqués	Nombre moyen d'heures par semaine	Nombre moyen de mois pas an
SPORTS A INTENSITE FAIBLE : marche > 20 minutes, gym d'entretien, yoga, golf, bowling, voile, billard, tir à l'arc, sports motorisés...			
SPORTS A INTENSITE MOYENNE : randonnée, danse, tennis, natation, ski, muscultation, vélo d'appartement...			
SPORTS A INTENSITE FORTE : jogging, foot, aérobic, cyclisme, hand, rugby, aviron...			

TABAGISME : Etes – vous ?

Non-Fumeur

Fumeur :
début à ... ans, en moyenne ... cig/jour

Ancien Fumeur : début à ... ans,
fin à ans, en moyenne ... cig/jour

Vapotage

ALCOOL : Au cours des 12 derniers mois :

	Oui	Non
Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?		
Votre entourage vous a –t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?		
Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?		
Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?		

SOMMEIL :

Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti des troubles du sommeil (difficultés à s'endormir, réveils nocturnes, réveil précoce sans réussir à se rendormir...)?

- Jamais ou rarement
- Quelques fois
- Plusieurs fois par semaine
- Presque tous les jours

Si oui, ces troubles du sommeil, sont-ils rythmés par votre travail (ex : s'améliorent / disparaissent pendant les vacances) ?

Oui

Non

DOULEURS :

Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous souvent ressenti des douleurs dans une partie de votre corps ?

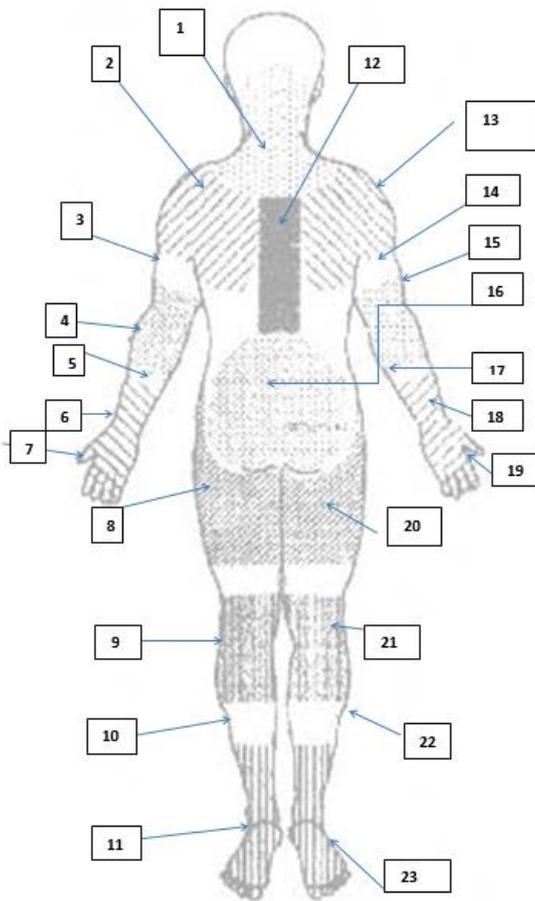
- Oui
- Non

Si oui, pouvez-vous préciser la localisation de cette ou ces douleurs ?

[Plusieurs réponses possibles]

Etes-vous ? :

- Droitier
- Gaucher



Au cours des **trois derniers jours**, à quelle **intensité** évaluez-vous la douleur ?

Pour l'estimer, placer une croix sur la ligne :

Niveau le

Plus faible

0



Niveau le

Plus fort

10

Ces douleurs sont-elles **rythmées par votre travail** (par exemple, elles s'améliorent ou disparaissent pendant les vacances) ?

- Oui
- Non