

**Questionnaire préalable à la demande d'examen médico-professionnel
(à compléter par l'employeur)**

permettant de déterminer le type de suivi nécessaire et obtenir le rendez-vous adéquat

ENTREPRISE :

SALARIE :

Nom-Prénom :	Date de naissance :
N° de sécurité sociale :	Date d'embauche :
Poste occupé :	

RAISON DE LA DEMANDE :

embauche ou changement de poste suivi périodique

LE SALARIE EST-IL EXPOSE A UN OU PLUSIEURS RISQUES MENTIONNES CI-DESSOUS ?

SUIVI INDIVIDUEL RENFORCE (SIR)

<input type="checkbox"/> Amiante ¹ <input type="checkbox"/> Plomb ² <input type="checkbox"/> Agents Cancérogènes, Mutagènes, Reprotoxiques ³ <input type="checkbox"/> Agents biologiques groupes 3 et 4 ⁴ <input type="checkbox"/> Rayonnements ionisants ⁵ <input type="checkbox"/> Risque hyperbare ⁶	<input type="checkbox"/> Risque de chute lors des opérations de montage/démontage d'échafaudages <input type="checkbox"/> Equipements de travail mobiles automoteurs et servant au levage de charges ou de personnes, nécessitant une autorisation de conduite ⁷ <input type="checkbox"/> Travaux nécessitant une habilitation électrique ⁸	<input type="checkbox"/> Jeune de moins de 18 ans affecté à des travaux réglementés ⁹ <input type="checkbox"/> Manutention habituelle de charges >55kg (hommes) ¹⁰ <input type="checkbox"/> Poste à risques particuliers déclarés par l'entreprise au titre de l'article R 4624-23 ¹¹
--	---	--

SUIVI INDIVIDUEL ADAPTE (SIA)

1ère catégorie	2ème catégorie
<input type="checkbox"/> Salarié de moins de 18 ans non affecté à des travaux réglementés <input type="checkbox"/> Travailleur exposé aux agents biologiques de groupe 2 ⁴ <input type="checkbox"/> Travailleur exposé à des champs électromagnétiques ¹² <input type="checkbox"/> Travailleur de nuit ¹³	<input type="checkbox"/> Travailleur handicapé <input type="checkbox"/> Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité <input type="checkbox"/> Femme enceinte ou allaitante <input type="checkbox"/> Agents chimiques dangereux hors CMR 1a et 1b, précisez <input type="checkbox"/> Apprenti (> 18 ans)

SUIVI INDIVIDUEL SIMPLE (SIS)

Aucun des risques mentionnés ci-dessus

Date : **Nom et signature de l'employeur :**

1. Art R. 4412-98 du Code du travail
2. Art. R.4412-160
3. Art. 4412-60 : CMR de groupe 1a et 1b (classification CLP) + poussières de bois inhalables + formaldéhyde
<http://www.inrs.fr/actualites/tableau-cmr.html>
4. Art. R 4421-3 : agents biologiques potentiellement retrouvés en activité agricole

Groupe 2	Groupe 3
Borrelia burgdorferi maladie de Lyme Francisella tularensis (type B) tularémie Pasteurella multocida pasteurellose Streptococcus suis Hantavirus Virus Puumala hantavirose Babesia babésiose ou piroplasmose Trichophyton spp. dermatophytose Leptospira interrogans icterohemorrhagiae leptospirose ...	Chlamydia psittaci (souches aviaires) psittacose Coxiella burnetii fièvre Q Mycobacterium bovis (à l'exception de la souche BCG) tuberculose bovine Virus de la chorioméningite lymphocytaire (neurotropes) Encéphalite à tiques d'Europe Echinococcus multilocularis échinococcose alvéolaire Brucella melitensis 1 brucellose Virus de l'hépatite E ...

Pour les zoonoses, se référer aux fiches INRS <http://www.inrs.fr/risques/zoonoses/fiches-zoonoses.html>

5. Art. R.4451-44
6. Art R. 4461-1
7. Art. R. 4323-56 concerne les grues à tour, nacelles cat 1A à 3B, chariot automoteurs cat 1 à 6, engins travaux publics cat 1 à 10, ponts roulants, palans
8. Art. R. 4544-10
9. Art R. 4153-40
10. Art R. 4541-9
11. L'employeur peut compléter cette liste après avis du Médecin du travail et du CHSCT (ou DP), en cohérence avec l'Evaluation des Risques Professionnels et la Fiche d'Entreprise. L'inscription de tout poste sur cette liste doit être motivée par écrit. Liste transmise au Médecin du Travail et tenue à disposition de la DIRECCTE, mise à jour annuellement
12. Art. L. 4451-1 et L. 4451-2
13. Art. L. 3122-5