

Questionnaire

1. Données générales

Nom :

Prénom :

Age : |_|_|

Sexe : H F

- Service :

- Bureau :

2. Les symptômes ressentis

- Avez-vous ressenti des symptômes inhabituels sur votre lieu de travail ?

Oui Non Si oui, combien de fois ? |_|_| ou permanent

3. Positionnement du poste de travail



Si aucun symptôme arrêt du questionnaire.

3. Date de survenue des événements

-Depuis quand avez-vous présenté ou commencé à présenter des symptômes sur votre lieu de travail ?

.....

-Sont-ils survenus subitement au fur et à mesure ?

4. Caractéristiques des symptômes

- Quelle était la nature de ces symptômes ?

- Toux
- Eternuements
- Irritation bronchique / gêne respiratoire
- Irritation de la gorge
- Irritation du nez
- Ecoulement nasal
- Sensation de gonflement des lèvres
- Picotements des yeux / larmoiements / sècheresse oculaire
- Démangeaisons de la peau / irritation cutané / picotement du visage
- Eruption sur la peau (plaques, boutons)
- Sensations de brûlure sur la peau
- Maux de tête
- Maux de ventre / nausées / vomissements
- Vertiges
- Malaise général
- Fatigue
- Difficulté de concentration
- Autres :

-La nature de ces symptômes est-elle toujours identique variable ?

-L'intensité de ces symptômes est-elle toujours la même oui non ?

5. Circonstances de survenue

- Dans quel lieu vous trouviez-vous au moment de leur survenue ?

A l'intérieur A l'extérieur
Bureau Autre Préciser :
Les fenêtres étaient : ouvertes fermées

- Type d'activité au moment de leur survenue :

- Y a t-il des lieux où l'intensité des symptômes est plus importante?

- Y a t-il des moments de la journée où l'intensité des symptômes est plus importante ?

- Y a t-il des moments de la semaine où l'intensité des symptômes est plus importante ?

- Avant l'apparition de vos symptômes, avez-vous senti une odeur anormale ?

Oui Non NSP

Si oui, l'intensité de cette odeur était : Faible Forte

Comment décririez-vous cette odeur ?

.....

- Aviez-vous été averti(e) du phénomène par un collègue ?

Oui Non NSP

- D'autres personnes étaient-elles présentes au même endroit ?

Oui Non NSP

Si oui, certaines ont-elles présenté des symptômes ?

Oui Non NSP

Ont-elles senti des odeurs anormales ?

Oui Non NSP

6. Comment les symptômes ont-ils disparus ?

Spontanément sans changer d'endroit

En aérant la pièce

Ont-ils disparu Immédiatement ? oui non temps

En changeant de pièce sans sortir dehors

Ont-ils disparu Immédiatement ? oui non temps

En sortant à l'extérieur

Ont-ils disparu Immédiatement ? oui non temps

Après avoir pris un médicament lequel

Autre moyen

Ne se rappelle plus

7. Symptômes identiques en dehors du travail

- Avez-vous eu des symptômes identiques en dehors du temps de travail ?

Oui Non

Si oui,

A votre domicile Dans un lieu public

Quel jour ?

|_|_| jj |_|_| mm |_|_| aa

Lors des congés :

Oui Non

8. Consultation d'un médecin

- Avez-vous vu un médecin à l'occasion de cet événement ?

Oui Non

Si oui,

Un médecin de ville

Le médecin du travail

Un médecin à une consultation de l'hôpital

- Avez-vous eu un arrêt de travail : oui non

Si oui, de quelle durée : |_|_| jours

- Le médecin vous a-t-il prescrit un médicament ?

Oui Non

9. Positionnement de la survenue des symptômes

