



## Fum-Ex 2

# QUESTIONNAIRE D'EXPOSITION AUX FUMIGANTS

Service réalisant l'étude (INSTITUTION) \_\_\_\_\_

Personne réalisant le questionnaire \_\_\_\_\_

DATE /\_\_\_/\_\_\_\_\_

nom ou n° \_\_\_\_\_

DATE de Naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (mois/jour/année) AGE \_\_\_ ans

SEXE F\_\_\_ M\_\_\_

Taille (cm) \_\_\_\_\_

Poids (kg) \_\_\_\_\_

Fumeur actif: oui \_\_\_\_\_ NON \_\_ Jamais fumé \_\_\_\_\_

EX-FUMEUR: Oui \_\_\_ NON \_\_

DATE FIN: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (mois/jour/année)

TABAGISME EN PAQUET-ANNEES :

### HISTOIRE PROFESSIONNELLE

1. DESCRIPTION DU POSTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS A CE POSTE?

\_\_\_ (M)/ \_\_\_\_\_ (A)

3. TRAVAILLEZ-VOUS REGULIEREMENT AVEC DES FUMIGANTS, DES PESTICIDES OU AUTRES PRODUITS CHIMIQUES?

OUI \_\_\_ NON \_\_

4. SI OUI # 3, Précisez: \_\_\_\_\_ Methyl bromide

\_\_\_ Ethylene dichloride

\_\_\_ Methylene chloride

\_\_\_ Phosphine

\_\_\_ \_\_\_\_\_ (AUTRES)

I. DUREE D'EXPOSITION AU TOTAL \_\_\_\_\_ (MOIS)

II. COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE TRAVAILLEZ-VOUS AVEC LES PRODUITS MENTIONNES CI-DESSUS? \_\_\_ HEURES

III. de quand date votre dernière exposition? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (MOIS/JOUR/ANNEE)

IV. DUREE DE LA DERNIERE EXPOSITION \_\_\_ (jours) \_\_\_ (Heures) \_\_\_ (minutes)

5. Si Non (QUESTION # 3): Avez-vous été exposé à ces agents par le passé?

OUI \_\_\_ NON \_\_\_

LEQUEL? \_\_\_\_\_

QUEL ETAIT VOTRE POSTE DE TRAVAIL A CE MOMENT-LA? \_\_\_\_\_

DEBUT D'EXPOSITION (DATE) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (MOIS/ANNEE)

FIN D'EXPOSITION (DATE) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (MOIS/ANNEE)

6. PORTEZ-VOUS DES EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE AU TRAVAIL ? \_\_\_\_\_

OUI\_NON

Si oui: lesquels? \_\_\_\_\_

7. Avez-vous déjà eu contact avec des agents génotoxiques?

OUI \_\_\_ NON \_\_\_

quel agent? \_\_\_\_\_

8. Avez-vous eu des examens radiologiques a visée diagnostique?

OUI \_\_\_ NON \_\_\_

pendant combine de temps? \_\_\_\_\_

## 9. SYMPTOMES

COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS RESENTI LES SYMPTOMES UIVANTS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?

SYMPTOMES/INCIDENCE	Presque tout le temps	régulièrement	parfois	Quasiment jamais	jamais	Date de 1ere apparition (M/J/A)	est-ce lié au travail Oui/Non
CEPHALEES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
DYSPNEE	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
Irritations des voies aeriennes, toux	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
Irritations des muqueuses (RHINITES, GASTRITES)	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
IRRITATIONS OCULAIRES, CONJUNCTIVITES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
NAUSEES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
VERTIGES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
CRAMPES MUSCULAIRES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
TROUBLES DE LA CONCENTRATION	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
DYSGEUSIE	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
ENGOURDISSEMENTS	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
DIARRHEES, CRAMPES ABDOMINALES	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
FAIBLESSE, FATIGUE	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
CRISES GRAND MAL	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	
TROUBLES DE LA MEMOIRE	__ __	__ __	__ __	__ __	__ __	___/___/___	

SYMPTOMES/INCIDENCE	Presque tout le temps	Parfois	Régulièrement	Quasiment jamais	jamais	Date de 1ere apparition (M/J/A)	est-ce lié au travail Oui/Non
INSTABILITE EMOTIONEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	
TRISTESSE, DEPRESSION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	
TROUBLES DU SOMMEIL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	
TROUBLES de l' équilibre, de la marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	
TRELBLEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	
Autres, spécifiez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__/__/__	

10. Avez-vous eu des pertes de connaissance dans les dernières années   NON \_\_  
OUI \_\_\_\_\_

11. SI OUI (QUESTION #10):Celà est'il arrive à votre poste de travail? OUI \_\_ NON \_\_

12. Merci d'indiquer les pathologies aiguës et chroniques dont vous souffrez:

ARTHROSE, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

MALADIE S RHUMATOLOGIQUES, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

ASTHME, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

BRONCHITE CHRONIQUE \_\_\_\_\_

CANCER, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

DIABETE, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

MALADIES RENALES, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

MALADIES DU FOIE, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX CENTRAL/PERIPHERIQUE, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

AUTRES PATHOLOGIES CHRONIQUES, SPECIFIEZ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. PRENEZ-VOUS REGULIEREMENT DES MEDICAMENTS? OUI   NON \_\_

\_\_\_\_\_

LEQUELS: \_\_\_\_\_

14. AVEZ-VOUS EU CONTACT AVEC DES AGENTS GENOTOXIQUES?

OUI \_\_ NON \_\_

LEQUEL? \_\_\_\_\_

QUAND? \_\_\_\_\_

15. AVEZ-VOUS ETE EXPOSE AUX RAYONS X DANS UN BUT DIAGNOSTIQUE OU THERAPEUTIQUE ?

OUI \_\_ NON \_\_

QUAND? \_\_\_\_\_

PENDANT COMBIEN DE TEMPS? \_\_\_\_\_

**16. DIET**

Combien de fois par semaine mangez-vous de la viande? \_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine mangez-vous des légumes? \_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine mangez-vous des fruits? \_

consommation d'alcool

Vin \_\_\_\_\_ Bieres \_\_\_\_\_ alcool fort \_\_\_\_\_

Combien d'unités par semaine? \_\_\_\_\_

17. autres données si nécessaire: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UN GRAND MERCI POUR VOTRE COOPERATION!**