Objectif de la demande : **Visite de mi-carrière**

**Prévention désinsertion professionnelle**

***AFIN DE PRÉPARER CETTE VISITE, MERCI DE RENSEIGNER AU MIEUX CE QUESTIONNAIRE.***

**ADMINISTRATIF**

|  |  |
| --- | --- |
| **Salarié** | **Entreprise** |
| N° salarié : | Nom - Raison sociale : |
| Nom : |  |
| Prénom : |  |
| Adresse : | N° adhérent : |
| Date de naissance : | Médecin du Travail : |
| Tél. : |  |
| Mail : |  |
| Intitulé du poste : |  |

**SANTÉ**

1. Avez-vous eu des arrêts de travail de longue durée (+ de 3 mois) ces 5 dernières années ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

1. Avez-vous eu, durant les 5 dernières années, des arrêts de travail répétés ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

Si oui, pour quel(s) motif(s) ?

1. Avez-vous des antécédents médicaux et/ou chirurgicaux qui impactent votre santé actuelle ?

* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**SANTÉ / TRAVAIL**

1. Depuis combien de temps êtes-vous à votre poste ?

1. Quelles ont été les grandes étapes de votre vie professionnelle *(Changement de poste, de lieu de travail…)* ?





8. Quels sont les risques professionnels auxquels vous pensez avoir été exposé ?





15. Avez-vous fait une demande ou obtenu une reconnaissance de Maladie Professionnelle ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

Si oui, laquelle (ou les quelles) ?

1. Avez-vous une reconnaissance RQTH (Travailleur handicapé) ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

Date d’obtention :

1. Bénéficiez-vous d’une pension d’invalidité ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

Date d’obtention :

1. Avez-vous déjà eu une (des) inaptitude(s) à un poste de travail ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

Si oui :

* + Pourquoi ?
  + Quand ?
  + Pour quel(s) poste(s) ?

1. Avez-vous eu, par le passé ou actuellement des restrictions ou aménagements à votre poste de travail ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

Si oui lesquels :

1. Votre état de santé impacte-t ’il votre travail actuel ?

Aucun impact, je ne souffre d'aucune maladie

Je suis en capacité de faire mon travail mais il me provoque certains symptômes

Je dois parfois ralentir mon rythme et/ou adapter ma méthode de travail

Je dois souvent ralentir mon rythme et/ou adapter ma méthode de travail

Du fait de mon état de santé, je ne me sens plus en capacité de travailler à temps plein

Du fait de mon état de santé, je ne me sens plus en capacité d’occuper mon poste actuel

**VÉCU AU TRAVAIL**

1. Êtes-vous satisfait de votre poste actuel ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

Si non, pourquoi ?

1. Comment cela se passe-t-il avec vos collègues / hiérarchie ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Très bien | Bien | Assez bien | Mal |

1. Comment estimez-vous votre capacité actuelle de travail par rapport :
   * Aux exigences physiques de votre fonction ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Très bonne | Assez bonne | Moyenne | Très faible |

* + Aux exigences mentales de votre fonction ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Très bonne | Assez bonne | Moyenne | Très faible |

1. Pensez-vous que dans 5 ans vous aurez encore la capacité d’exercer votre travail actuel ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

1. Avez-vous déjà pensé à quitter votre emploi ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OUI | NON |  |

1. **Si oui, êtes-vous d’accord pour participer à une information collective ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** |  |