

Environnement et expositions

1	Fumez-vous ?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si non, avez-vous arrêté récemment (au cours des 5 dernières années) ? <input type="checkbox"/> Oui , j'ai arrêté depuis _____ an(s) <input type="checkbox"/> Non	
Si non, êtes-vous exposé à de la fumée passive ? <input type="checkbox"/> Oui Merci de préciser (lieu): _____ <input type="checkbox"/> Non	

2	Si vous fumez ou avez fumé, à quelle fréquence fum(i)ez-vous en moyenne ? Merci de préciser le nombre par jour <u>ou</u> par semaine.		
	Nombre par jour		Jour(s) par semaine
1	Cigarettes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Cigares / cigarillos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Pipe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Cigarette électronique (e-cigarette, cartouche liquide)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Produits de tabac chauffé (heat-not-burn, p.ex. IQOS, Ploom, glo)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Shisha / narguilé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Autres produits du tabac (p. ex. tabac à priser, à chiquer), <i>merci de préciser</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Exposition professionnelle

3 Quelle est la description de votre profession actuelle et quelles sont vos activités principales ? Merci d'être le plus précis possible.

Profession actuelle et activités principales: _____

(p.ex. pharmacien avec gestion du personnel, gestion logistique, employé(e) de commerce avec service à la clientèle et gestion de stock...)

Depuis quand : _____ (Année, p.ex.2001)

Je ne souhaite pas répondre à cette question

4

Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement en contact avec les nuisances suivantes ?

a Oui Non Je ne sais pas

Fumée (fumée de tabac exclue, p.ex. combustion, soudure...)

Si oui, merci de préciser le type de fumée et l'intervalle d'exposition

_____ (type de fumée)

__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)

b Oui Non Je ne sais pas

Gaz d'échappement (moteurs diesel ou à essence)

Si oui, merci de préciser le type de gaz et l'intervalle d'exposition

_____ (type de gaz)

__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)

c Oui Non Je ne sais pas

Vapeurs de solvants (p.ex. formaldéhyde, formol...)

Si oui, merci de préciser le type de produits et l'intervalle d'exposition

_____ (type de produits)

__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)

d Oui Non Je ne sais pas

Produits de nettoyage

Si oui, merci de préciser le type de produits et l'intervalle d'exposition

_____ (type de produits)

__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)

e Oui Non Je ne sais pas

Poussières (p.ex. poussières minérales, de ciment, de matières plastiques)

Si oui, merci de préciser le type de poussières et l'intervalle d'exposition

_____ (type de poussières)

__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)

		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
f	Rayonnement (p.ex. rayons X, radioactivité, radar)	Si oui, merci de préciser le type de rayonnements et l'intervalle d'exposition _____ (type de rayonnement) _____ - _____ (années)		

6 Etes-vous ou avez-vous été en contact régulier avec les substances ou matériaux suivants dans le cadre de votre travail ?

a	Polycarbonate (Production de produits en polycarbonate)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
		Si oui, merci de préciser la période _____ - _____ (années)		
b	Résines époxy (p.ex. matériau de construction, revêtement de sols, revêtement métallique, modélisme, construction navale, pièces automobiles)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
		Si oui, merci de préciser la période _____ - _____ (années)		
c	Mercure (p.ex. fabrication de plombage dentaire ou d'ampoules, contact avec appareils de mesure contenant du mercure)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
		Si oui, merci de préciser la période _____ - _____ (années)		
d	Cires de fartage ou à couler	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
		Si oui, merci de préciser la période _____ - _____ (années)		
e	Spray d'imprégnation (p.ex. imperméabilisant pour chaussures ou vêtements)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
		Si oui, merci de préciser la période _____ - _____ (années)		
f	Tickets de caisse ou autres papiers thermiques	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
		Si oui, merci de préciser la période _____ - _____ (années)		

7 Dans le cadre de votre travail, êtes-vous ou avez-vous été en contact régulier avec des pesticides (herbicides, insecticides etc.) ?

Oui

Non

Si oui :

- a. A quand remonte votre dernier contact avec un produit phytosanitaire (préparation ou épandage) ?
(voir tableau pour informations plus détaillées)

- b. Quel est le nom du ou des produit(s) que vous avez utilisé(s) ?

Si vous ne connaissez pas le nom, le produit était-il sous forme solide (poudre, granule) ou liquide ? Une dilution était-elle nécessaire ? Quel était l'organisme cible ? De quelle couleur était l'emballage ? S'agissait-il d'un flacon ou d'un carton ?

Précision de l'activité pour les personnes qui ont répondu „oui“ à l'une des questions 5-7

Question à laquelle on se réfère ?	Description de la tâche	Lieu de réalisation	Type d'aération du lieu	Sur quelle durée la tâche est ou était-elle exercée régulièrement ?	Fréquence de réalisation (nombre de fois où vous réalisez cette tâche, par jour ou semaine ou mois ou année)	Durée habituelle de la réalisation	Niveau d'activité physique requis pour réaliser la tâche (cf. notice explicative sous questions 63, 64)	Port de moyens de protection individuelle respiratoire et/ou cutanée (précisez lesquels)
6b	<i>Exemple : chargement de sacs de pellets en plastique Merci d'être aussi précis(e) que possible</i>	<i>Halle de stockage, 100 m²</i>	<i>Aération irrégulière via fenêtres</i>	<i>Durant les 6 derniers mois</i>	<i>5-6 fois par jour, pendant 5 jours</i>	<i>15 minutes</i>	<i>modéré</i>	<i>Masque respiratoire et gants Si connu, merci de préciser la matière des gants</i>

Loisirs, hobbies et expositions spécifiques

8

Est-ce que vous avez un jardin potager ou d'agrément pour lequel vous avez recours à des produits phytosanitaires (pesticide, herbicide,..) ou des engrais ?

- Oui
 Non

Si oui

a. A quand remonte votre dernier contact avec un produit phytosanitaire ?

b. Quel est le nom du ou des produit(s) que vous avez utilisé(s) ?

c. Si vous ne connaissez pas le nom, le produit était-il sous forme solide (poudre, granule) ou liquide ? Une dilution était-elle nécessaire ? Quel était l'organisme cible ? De quelle couleur était l'emballage ? S'agissait-il d'un flacon ou d'un carton ?

d. Quelles mesures de protection suivez-vous lorsque vous utilisez un tel produit ? (p.ex. aucune, port de gants, masque, lunettes)

9

Fartez-vous vos skis ou votre snowboard vous-même ?

- Oui
 Non

Si oui, à quelle fréquence dans la saison fartez-vous vos skis/snowboard ?

Où effectuez-vous cette tâche ? (p. ex. à l'intérieur, garage, balcon, jardin...)

10

Utilisez-vous des sprays d'imprégnation (p. ex. pour les chaussures, les vestes)?

Oui

Non

Si oui, combien de fois dans l'année ?

Où effectuez-vous cette tâche ? (à l'intérieur, garage, balcon, jardin...)
