



EVALUATION MÉDICALE DE SALARIÉ(E)S SAISONNIERS

Renseignements concernant le/la salarié(e)

Nom (comme indiqué sur la carte d'identité ou passeport) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse (rue et numéro) :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

E-Mail :



Renseignements concernant le médecin

Dans le cadre de cette procédure, le médecin doit absolument renseigner ces informations qui le concernent :

Nom (comme indiqué sur la carte d'identité ou passeport) :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Spécialité :

Adresse (rue et numéro) :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

E-Mail :



Renseignements concernant l'entreprise

Nom :

Prénom(s) :

Nom de l'entreprise :

Adresse (rue et numéro) :

Code postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

E-Mail :

Poste de travail occupé dans l'entreprise (selon disponibilité d'informations) :



Questions médicales :

1. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'une maladie du cœur, des artères ou des veines (hypertension, infarctus, des malaises avec ou sans perte de connaissance, troubles du rythme...) ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

2. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre de problèmes respiratoires (asthme...), une allergie, une maladie des poumons (tuberculose) ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

3. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'une maladie des organes abdominaux (estomac, foie, intestins...) ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

4. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'une maladie des reins ou des voies urinaires (infection, calcul...) ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

5. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'une maladie du sang ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non



6. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'une maladie contagieuse importante/chronique ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

7. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'un diabète, d'un trouble thyroïdien ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

8. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'une maladie des os, des articulations, des tendons, d'une fracture, ou de séquelles articulaires dues à un accident, d'un mal de dos ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

9. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'une maladie neurologique (troubles de l'équilibre : vertiges, perte de connaissance, épilepsie, des apnées du sommeil, tumeur cérébrale...)

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

10. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'une dépression ou d'une autre maladie psychiatrique ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non



11. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre de problèmes au niveau du nez, de la gorge, des oreilles (tinnitus/acouphènes), de la langue ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

12. Est-ce que la personne examinée a déjà été opérée ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

13. Est-ce que la personne examinée a souffert ou souffre d'autres maladies non mentionnées ci-dessus ?

Oui Non

Est-elle guérie à ce jour ?

Oui Non

Date :

Signature et cachet du médecin examinant :

NOTE

Un exemplaire non rempli dans son intégralité ne pourra être accepté.

**Ce questionnaire doit être envoyé exclusivement par e-mail à seasonalwork@ms.etat.lu.
Les versions papier envoyées par poste ne seront pas acceptées.**