



## ÉVALUATION CONFIDENTIELLE DU BIEN-ÊTRE PERSONNEL



CASA | ACSA  
CANADIAN AGRICULTURAL SAFETY ASSOCIATION  
ASSOCIATION CANADIENNE DE SÉCURITÉ AGRICOLE

Le présent est un document confidentiel et doit être rempli en privé et partagé **UNIQUEMENT** avec votre fournisseur de soins de santé.

Vous pouvez décrire vous-même des expositions au lieu de travail potentiellement nuisibles à la santé pour fournir à un professionnel de la santé un aperçu des facteurs qui peuvent influencer votre santé. Toutes les questions sont basées sur vos activités au cours des 12 derniers mois.

Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pourcentage du temps de travail dans

une ferme : \_\_\_\_\_% travaux extérieurs \_\_\_\_\_%

Type de travaux extérieurs : \_\_\_\_\_

Quand je fais des travaux extérieurs je suis /j'étais exposé(e) à :	Oui	Non
Produits chimiques		
Bruit intense		
Soulèvement lourd		
Poussières (préciser)		
Autres substances (préciser)		

Quand je travaille dans la ferme, je travaille avec les cultures et le bétail suivants :

---

<b>PRODUITS CHIMIQUES manipulés :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Ammoniac anhydre		
Engrais		
- liquide		
- granulaire		
Pesticides		
Insecticides		
Herbicides		
Fongicides		
Fumigants		
Autres (préciser)		

<b>ÉQUIPEMENT DE PROTECTION INDIVIDUELLE porté quand je travaille avec des produits chimiques :</b>	<b>Toujours</b>	<b>Quelquefois</b>	<b>Jamais</b>
Protection des yeux			
Gants résistants aux produits chimiques			
Bottes résistantes aux produits chimiques			
Combinaison jetable/résistante aux produits chimiques			

<b>PRATIQUES POUR LA MANIPULATION DES PRODUITS CHIMIQUES :</b>	<b>Toujours</b>	<b>Quelquefois</b>	<b>Jamais</b>
Porter des vêtements propres tous les jours			
Changer immédiatement les vêtements contaminés			
Laver les vêtements contaminés séparément de la lessive familiale			
Laver le visage et les mains avant de manger			
Laver les mains avant d'uriner			

<b>EXPOSITION AU BRUIT :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Travaux avec les outils mécaniques, machines, animaux		
Activités récréatives, la chasse, la musique, les VTT		
Travaux extérieurs dans une ambiance bruyante		

<b>Ressentez-vous :</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Bourdonnement d'oreilles		
Étourdissement		
Difficulté à comprendre la conversation avec un bruit de fond		

Portez-vous un appareil de protection respiratoire? Quel type?

Après les travaux où il y avait de la poussière, des fumées ou vapeurs, avez-vous ressenti :	Jamais	De temps en temps	Constamment
Toux sèche			
Serrement de poitrine			
Toux avec flegme			
Irritation de la gorge			
Sifflement dans la poitrine			
Problèmes de sinus			
Nez bouché			
Éclatement dans les oreilles			

Quand ces symptômes sont-ils au pire?

PEAU	Oui	Non
Avez-vous des taches sur la peau qui ont changé de taille, de couleur, de forme ou d'épaisseur?		
Parties de la peau qui saignent ou ne guérissent pas		
Plaies ou irritation de la bouche		

OS ET ARTICULATIONS Avez-vous une douleur ou une gêne au/à la/aux :	Oui	Non
Cou		
Épaule		
Haut du dos		
Coude		
Bas du dos		
Poignet/main		
Hanche/genou		
Pieds		

## MÉDICAMENTS

Énumérez tous les médicaments prescrits ou en vente libre que vous prenez couramment tous les jours ou au besoin

Nom du médicament	Raison pour l'usage et fréquence

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX Est-ce que vous, ou un membre de votre famille (parents, sœurs et frères, enfants), avez des antécédents de :	Vous	Membre de la famille		Relation		
		Oui	Non	Parent	Enfant	Soeur/ Frère
Asthme						
Emphysème						
Rhume des foins						
Allergies						
Maladie du coeur						
Hypertension artérielle						
Accident vasculaire cérébral						
Diabète						
Maladie de reins						
Maladie du foie						
Cancer (préciser)						
Arthrite						
Autre (préciser)						

<b>VOTRE DOSSIER DE SANTÉ</b> Quand était la dernière fois que vous avez reçu les services suivants :	Année écoulée	Il y a 1 à 3 ans	Il y a plus de 3 ans	Jamais
Examen de santé /physique régulier				
Vérification de la pression artérielle				
Vérification du cholestérol				
Examen colorectal				
Examen de la vue				
Examen dentaire				
Test de dépistage du diabète				
Vaccin antigrippal				
Examen de la prostate (hommes)				
Cliché mammaire (femmes)				
Test de PAP (femmes)				

<b>STRESS</b> Avez-vous ressenti au cours de l'année découlée :	Oui	Non
Mauvais appétit		
Sentiments de solitude extrême		
Se blâmer pour des choses		
Sentiment de désespoir envers l'avenir		
S'inquiéter trop des choses		

Questions ou problèmes à poser à votre fournisseur de soins de santé :

---



---



---



---



---



---