

## Questionnaire médical d'admission pour le personnel

En vertu de l'article 28 de la Loi sur le personnel de l'Etat, tout/e nouveau/elle collaborateur/trice doit se soumettre à un examen médical avant son entrée en fonction afin de déterminer si son état de santé lui permet d'exercer l'activité prévue.

Par conséquent, nous vous prions de compléter le questionnaire ci-dessous et de l'envoyer au/à la médecin-conseil de l'Etat de Fribourg, Case postale 119, 1701 Fribourg, avec la mention « Confidentiel » (+41 26 305 32 62). Il ne peut être examiné et détenu que par celui-ci ou celle-ci. Sur la base du questionnaire, le/la médecin-conseil détermine si des informations supplémentaires ou une consultation auprès d'un/e spécialiste/médecin-traitant s'avèrent nécessaires.

Ce document est soumis au secret professionnel médical.

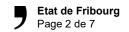
Tous les renseignements et résultats seront gardés et protégés chez le/la médecin-conseil. Seule l'appréciation finale du/de la médecin-conseil (dernière page du présent document) sera communiquée à l'employeur et au/à la candidat/e.

Une déclaration fausse relative à l'état de santé constitue un juste motif de renvoi au sens de l'art. 44 LPers et 32 RPers (cf. art. 26 al. 4 RPers).

<u>Veuillez écrire lisiblement SVP</u> (ce formulaire est également disponible en version électronique à l'adresse https://www.fr.ch/dfin/spo > Législation sur le personnel de l'Etat de Fribourg > Documents d'engagement)

## **Données personnelles**

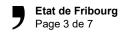
Nom et prénom du candidat:		
Adresse privée :	Tél. :	
	E-mail :	
Date de naissance :	Sexe : □ masculin	☐ féminin
Profession exercée à l'Etat de Fribourg :		
Pourcentage du contrat :		
Service / Etablissement :		



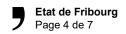
## Antécédents personnels

En cas d'incompréhension d'une question d'ordre médical, veuillez voir avec votre médecin traitant.

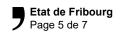
Av	vez-vous eu les affections suivantes ?
>	Maladies des poumons et des bronches (asthme, bronchite chronique, tuberculose, etc.) oui $\Box$ non $\Box$
>	Angine de poitrine, maladie du cœur, infarctus, malformation du cœur, troubles de la circulation périphérique, hypertension artérielle oui $\square$ non $\square$
>	Epilepsie, paralysies, troubles psychiques, dépressions, épuisement (« burn-out »), tentative de suicide, autres troubles du système nerveux (p.ex. sclérose en plaques), attaque cérébrale oui $\square$ non $\square$
>	Maladies des oreilles : oui □ non □
>	Maladies des yeux : oui □ non □
>	Maladies des os, des articulations, rhumatismes, affection de la colonne vertébrale, hernie discale, douleurs dorsales, amputation, etc. : oui $\square$ non $\square$
>	Maladies des reins, de la prostate, de la vessie : oui □ non □
>	Maladies des organes reproducteurs : oui □ non □
>	Maladies infectieuses (hépatites, infection par VIH/HIV, tuberculose, etc.) : oui □ non □
>	Tumeur, cancer, leucémie : oui □ non □
>	Dépendance aux médicaments, aux drogues, à l'alcool : oui □ non □
	Si oui, veuillez préciser:
>	oui $\square$ non $\square$
_	Maladies chroniques de la peau (eczémas allergiques, etc.) : oui □ non □
> >	Maladies du sang (troubles de la coagulation, thromboses, embolies, etc.) : oui $\Box$ non $\Box$
>	Maladies du métabolisme (diabète, excès de cholestérol, troubles hormonaux, etc.) : oui  non
>	Autres maladies ou infirmités (par ex. malformation) : oui □ non □
	Autres maradies ou minimites (par ex. manormation). our - non -
	ur tous les points auxquels vous avez répondu oui, précisez la date, le nom de la maladie, le itement / l'évolution, le nom du médecin traitant (coordonnées complètes si possible)



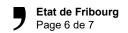
Avez-vous eu un accident entrainant une incapacité de travail ? oui □ non □	]
Précisez la date, les lésions subies, la durée de l'incapacité de travail, d'éventuelles séquelle l'institution /le médecin relatif, l'assurance prenant en charge l'arrêt de travail	es,
Au cours des 5 dernières années, avez-vous été incapable de travailler pendant plus de 3 semain consécutives à cause d'une maladie ? oui □ non □	
Si oui, quand et pour quelle maladie ? Quel médecin a certifié votre arrêt de travail ?	
Dynamt los 5 domières années avez voys été hagnitalisé 2 avi 🗆	— ¬
Durant les 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé ? oui ☐ non ☐ Si oui, quand, où et pour quelles raisons ?	_
Quelle/s profession/s avez-vous exercées précédemment ?	
Avez-vous rencontré des difficultés de santé en lien avec le travail ? oui □ non □	
Si oui, de quelle nature ?	
Avez-vous quitté votre dernière fonction pour des raisons de santé ou sur le conseil d'un médecin oui □ non □	_
Si oui, expliquez les raisons	



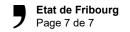
	uelle de maladie ou d'accid	ent?
	oui 🗆	non □
Si oui, laquelle ?		
Avez-vous déjà eu contact avec l'assurance invalid		non □
Si oui, quand et auprès de quelle caisse :		
Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité ?	oui 🗆	non □
Si oui, précisez depuis quelle date et le degré d'inv	ralidité :	
Votre capacité de travail est-elle réduite ?	oui 🗆	non □
Si oui, dans quel contexte et à quel pourcentage?		
Durant les 5 dernières années, avez-vous été ou	êtes-vous en traitement che	ez un médecin, un
chiropraticien, un ostéopathe, un physiothérapeute, Si oui, précisez les noms et adresses des thérapeute		non 🗆
Si oui, précisez les noms et adresses des thérapeute	es/médecins, les raisons et <u>le</u>	non □
		non 🗆



	occasionnellement	régulièrement	
Consommez-vous des boi jamais □ occasionnelleme	ssons alcooliques (bière, vin ent □ régulièrement □	, eaux-de-vie, alcopops	, etc):
Fumez-vous?		oui 🗆	non 🗆
Si oui, combien de cigares	s, cigarettes ou pipes par jour	r ?	
Consommez-vous des stuj	péfiants?	oui 🗆	non □
Si oui, lesquels?			
Quand pour la dernière fo	: a 9		
Si vos habitudes vous obl	igent d'affirmer une conson	_	n-négligeable, ou s'i
Si vos habitudes vous obl vous est difficile de répon- conseil du personnel de l'I d'une prévention précoce		nmation régulière et no z la possibilité de vous uer l'intérêt d'une prise	n-négligeable, ou s'i adresser au médecin en charge dans le bu
Si vos habitudes vous obl vous est difficile de répon- conseil du personnel de l'i d'une prévention précoce questionnaire.	igent d'affirmer une conson dre à ces questions, vous ave Etat de Fribourg, afin d'évalu par mail (SecMed.PersEFR)	nmation régulière et no z la possibilité de vous uer l'intérêt d'une prise @fr.ch), ou par courrier	n-négligeable, ou s'i adresser au médecin en charge dans le bu joint en annexe de c
Si vos habitudes vous obl vous est difficile de répon- conseil du personnel de l'I d'une prévention précoce	igent d'affirmer une conson dre à ces questions, vous ave Etat de Fribourg, afin d'évalu par mail (SecMed.PersEFR)	nmation régulière et no z la possibilité de vous uer l'intérêt d'une prise	n-négligeable, ou s'i adresser au médecin en charge dans le bu
Si vos habitudes vous obl vous est difficile de répon- conseil du personnel de l'i d'une prévention précoce questionnaire.  Pratiquez-vous un (des) sp	igent d'affirmer une conson dre à ces questions, vous ave Etat de Fribourg, afin d'évalu par mail (SecMed.PersEFR)	nmation régulière et no z la possibilité de vous uer l'intérêt d'une prise @fr.ch), ou par courrier	n-négligeable, ou s'i adresser au médecin en charge dans le bu joint en annexe de c
Si vos habitudes vous obl vous est difficile de répon- conseil du personnel de l'i d'une prévention précoce questionnaire.  Pratiquez-vous un (des) sp	igent d'affirmer une conson dre à ces questions, vous ave Etat de Fribourg, afin d'évalu par mail (SecMed.PersEFR@ port-s ?	nmation régulière et no z la possibilité de vous uer l'intérêt d'une prise @fr.ch), ou par courrier oui □	n-négligeable, ou s'i adresser au médecin en charge dans le bu joint en annexe de c
Si vos habitudes vous obl vous est difficile de répon- conseil du personnel de l'i d'une prévention précoce questionnaire.  Pratiquez-vous un (des) sp	igent d'affirmer une conson dre à ces questions, vous ave Etat de Fribourg, afin d'évalu par mail (SecMed.PersEFR@ oort-s ?	nmation régulière et no z la possibilité de vous uer l'intérêt d'une prise @fr.ch), ou par courrier oui □	n-négligeable, ou s'i adresser au médecin en charge dans le bu joint en annexe de c non  intensivement
Si vos habitudes vous obl vous est difficile de répon- conseil du personnel de l'il d'une prévention précoce questionnaire.  Pratiquez-vous un (des) sp	igent d'affirmer une conson dre à ces questions, vous ave Etat de Fribourg, afin d'évalu par mail (SecMed.PersEFR@ oort-s ?	nmation régulière et no z la possibilité de vous uer l'intérêt d'une prise afr.ch), ou par courrier oui  régulièrement	n-négligeable, ou s'i adresser au médecin en charge dans le bu joint en annexe de c non   intensivement
Si vos habitudes vous obl vous est difficile de répon- conseil du personnel de l'il d'une prévention précoce questionnaire.  Pratiquez-vous un (des) sp	igent d'affirmer une conson dre à ces questions, vous ave Etat de Fribourg, afin d'évalu par mail (SecMed.PersEFR@ oort-s ?	nmation régulière et no z la possibilité de vous uer l'intérêt d'une prise afr.ch), ou par courrier oui  régulièrement	n-négligeable, ou s'i adresser au médecin en charge dans le bu joint en annexe de c non   intensivement



Existait-il une réserve de santé auprès d	de votre institution de prévoyance précéde	ente ?
	oui 🗆	non □
Si oui, depuis quand?	Pour quelle durée ?	
Motif:		
Remarques:		
Remarques .		
questions précédentes. Il/elle autorise confidentiellement auprès des médec	ndu complètement et conformément à le le/la médecin-conseil à se renseigner ins dont les noms ont été indiqués et dé / médical (exclusivement envers le méd	liés, pour la
Lieu et date :	Signature :	



## Appréciation finale du/de la médecin-conseil qui n'enverra que cette page à l'employeur et au/à la candidat/e

Nom et prénom :				
Date de naissance :				
Fonction:				
Service:				
Formulaire reçu le :				
Décision prise le :				
Apte pour le travail contractuel :	Oui			
	Non			
Remarques éventuelles concernant la capacité de travail :				
Date:	Signature	du médecin-conseil:		