

Appendix 2 :
**Questionnaire professionnel
BPROFETIO**

Centre participant :

- 1 Besançon 2 Bordeaux
3 Caen 4 Créteil
5 Le Havre 6 Lille
7 Nancy

Numéro d'inclusion du sujet : | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | | _ | |

Type de cas (une seule case à cocher) :

- prévalent
- incident pour le centre (BPCO suivie antérieurement à l'extérieur du centre)
- incident « vrai » (sans diagnostic de BPCO antérieurement)

Nom : _____

Prénom : _____

Sexe (entourer) : M F

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N° sécurité sociale : _____ / _____

Questionnaire professionnel BPROFETIO

Centre participant :

- 1 Besançon 2 Bordeaux
 3 Caen 4 Créteil
 5 Le Havre 6 Lille
 7 Nancy

Numéro d'inclusion du sujet : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Médecin demandeur : _____ Date de la consultation : _ / _ / _ _
 Première consultation oui non
 Suivi dans le service oui non
 EFR dans le dossier oui non
 Prochaine consultation prévue oui non Si oui, date prévue : _ / _ / _ _

Type de cas (une seule case à cocher):
 - Prévalent
 - Incident pour le centre (BPCO suivie antérieurement à l'extérieur du centre)
 - Incident « vrai » (sans diagnostic de BPCO antérieurement)

Nom : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _ / _ / _ _
 Sexe : Femme Homme

Adresse postale : _____

 Téléphone : _ _ - _ _ - _ _ - _ _

CRITERES D'ELIGIBILITE

- Masculin ou féminin,
- Agé entre 40 et 80 ans,
- Suivis en consultation de pneumologie, de pathologie professionnelle, de tabacologie et de réhabilitation respiratoire ou dans le service d'explorations fonctionnelles respiratoires du centre hospitalier.
- Critère GOLD ≥ Stade I
- Diagnostic clinique de BPCO confirmé par le médecin,
- Pas de dilatation des bronches diagnostiquée avant 40 ans, bronchectasies
- Pas de déficit en α 1-antitrypsine et/ou Asthme ou ATCD d'asthme (en dehors de l'asthme de l'enfance sans traitement par bronchodilatateur et sans signes cliniques à l'âge adulte (> 18 ans).

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

Date : ___ / ___ / ___

Réalisation: Dans le centre participant Hors du dans le centre participant Technique employée : Pléthysmographie Spirométrie Ethnie : Europe Afrique du Nord Afrique noire Asie Moyen-orient

VEMS : ___ , ___ L

CVF : ___ , ___ L VEMS/CVF : ___ , ___ %

CVL : ___ , ___ L VEMS/CVL : ___ , ___ %

VEMS post-bronchodilatation : ___ , ___ L + ___ , ___ %

Rappel : TVO non réversible si : gain inférieur à 200 mL du VEMS et augmentation du VEMS inférieure à 12% après bronchodilatation (critères GOLD)

Prise d'un traitement pneumologique la veille des EFR : Oui Non NSP
si oui, le(s)quel(s) :Prise d'un traitement pneumologique le jour des EFR : Oui Non NSP
si oui, le(s)quel(s) :Diagnostic d'asthme dans l'enfance : Oui Non NSP Diagnostic d'asthme à l'âge adulte traité : Oui Non NSP **EXAMEN CLINIQUE**

Date : ___ / ___ / ___

Toux : présente absente Expectorations : présentes absentes Echelle MMRC : Dyspnée : Stade 0 : Essoufflé seulement pour des efforts intenses
 Stade 1 : Essoufflé en montant le pas ou en montant une légère côte
 Stade 2 : la marche sur terrain plat se fait plus lentement que les sujets de son âge, ou doit s'arrêter en marchant à son rythme sur terrain plat
 Stade 3 : doit s'arrêter après 100m ou quelques minutes de marche
 Stade 4 : trop essoufflé pour sortir de la maison

CRITERES D'ELIGIBILITE

- Masculin ou féminin,
- Agé entre 40 et 80 ans,
- Suivis en consultation de pneumologie, de pathologie professionnelle, de tabacologie et de réhabilitation respiratoire ou dans le service d'explorations fonctionnelles respiratoires du centre hospitalier.
- Critère GOLD ≥ Stade I
- Diagnostic clinique de BPCO confirmé par le médecin,
- Pas de dilatation des bronches diagnostiquée avant 40 ans, bronchectasies
- Pas de déficit en α 1-antitrypsine et/ou Asthme ou ATCD d'asthme (en dehors de l'asthme de l'enfance sans traitement par bronchodilatateur et sans signes cliniques à l'âge adulte (> 18 ans).

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

Date : ___ / ___ / ___

Réalisation: Dans le centre participant Hors du dans le centre participant Technique employée: Pléthysmographie Spirométrie Ethnie : Europe Afrique du Nord Afrique noire Asie Moyen-orient

VEMS : ___ , ___ L

CVF : ___ , ___ L VEMS/CVF : ___ , ___ %

CVL : ___ , ___ L VEMS/CVL : ___ , ___ %

VEMS post-bronchodilatation : ___ , ___ L + ___ , ___ %

Rappel : TVO non réversible si : gain inférieur à 200 mL du VEMS et augmentation du VEMS inférieure à 12% après bronchodilatation (critères GOLD)

Prise d'un traitement pneumologique la veille des EFR : Oui Non NSP
si oui, le(s)quel(s) :Prise d'un traitement pneumologique le jour des EFR : Oui Non NSP
si oui, le(s)quel(s) :Diagnostic d'asthme dans l'enfance : Oui Non NSP Diagnostic d'asthme à l'âge adulte traité : Oui Non NSP **EXAMEN CLINIQUE**

Date : ___ / ___ / ___

Toux : présente absente Expectations : présentes absentes Echelle MMRC : Dyspnée : Stade 0 : Essoufflé seulement pour des efforts intenses
 Stade 1 : Essoufflé en hâtant le pas ou en montant une légère côte
 Stade 2 : la marche sur terrain plat se fait plus lentement que les sujets de son âge, ou doit s'arrêter en marchant à son rythme sur terrain plat
 Stade 3 : doit s'arrêter après 100m ou quelques minutes de marche
 Stade 4 : trop essoufflé pour sortir de la maison

ENTRETIEN

Date : ___/___/___

Nom et adresse du médecin traitant : Dr _____

Coopération du patient : Bonne Moyenne Médiocre **TABAGISME****Classe de tabagisme :**Non fumeur Fumeur Ex-fumeur (arrêt >1 an)

Durée : Année de début : ___ Année d'arrêt : ___

Cigarettes (nombre par jour) :

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

Cigares (nombre par jour) :

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ /jour

Pipe : Poids d'un paquet en gramme : ___ g

Nombre de paquets par mois : ___ / mois

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ p/mois

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ p/mois

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ p/mois

• de 19 ___ à 19 ___ : ___ p/mois

Durée totale du tabagisme (en années) :

___ ans

Tabagisme cumulé (paquets-années) :

___ P-A

Tabagisme passif seulement si non fumeur ou fumeur/ex-fumeur (< 5 PA) :

Oui Non

- Conjoint fumeur : ___ ans (durée cumulée)
- Collègues fumeurs sur le lieu de travail : ___ ans (durée cumulée)
- Parents fumeurs au domicile au cours de l'enfance : ___ ans (durée cumulée)

Oui Non

Ne pas remplir cette colonne

A titre Indicatif :

Poids de tabac dans :

Cigarette :

- 0,8 g Jusqu'en 1958

- 1 g de 1958 à 1980

- 0,8 g depuis 1980

Cigarillo : 1,6 g

Cigare : 4 g

SCOLARISATION ET FORMATION PROFESSIONNELLENe pas remplir cette colonne
Ne pas remplir cette colonne

- A quel âge avez-vous quitté l'enseignement général ? ____ ans

- Quel niveau d'étude avez-vous atteint ?

Non scolarisé Ecole primaire
 Collège Lycée
 Enseignement Supérieur

- Avez-vous effectué une ou des périodes de formation professionnelle ?

Oui Non

Si oui, précisez la période de formation et le niveau obtenu :

De ____ à ____ Niveau : _____
 De ____ à ____ Niveau : _____
 De ____ à ____ Niveau : _____
 De ____ à ____ Niveau : _____
 De ____ à ____ Niveau : _____

*** **Important** ***: Ne pas oublier de remplir une page d'activité professionnelle pour chaque période citée.

- Avez-vous effectué une période d'activité militaire ?

Oui Non

Précisez la période du service national : De ____ à ____

*** **Important** ***: Ne pas oublier de remplir une page d'activité professionnelle pour le service militaire).

ACTIVITE PROFESSIONNELLE N°1

Ne pas remplir cette colonne

Année de début : _____ **Année de fin :** _____

□□/□□

Nom et adresse de l'entreprise : _____

Code NAF 93
□□□□

Code NAF 2008
□□□□□□

Activité principale de l'entreprise : _____

Code BIT 88

□□□□

Code BIT 2008
□□□□□□

Quelle était votre métier : _____

Temps de travail : _____ **Partiel :** _____ **heures/ semaine** **Plein temps**

Description du poste de travail

Locaux :

Machines :

Procédés :

Matériaux :

Produits utilisés (marques) :

Existait-il au poste de travail : Poussières Fumées Gaz Vapeurs

Si oui lesquels :

Protection Individuelles ou collective ?

Cabine	Capotage	Ventilation	Aspiration
Lunettes	Gants	Masques	Vêtements

Quels travaux effectuaient les collègues autour de votre poste de travail ?

Avez-vous déjà remplacé un collègue, si oui pour quelle tâche et pendant combien de temps ?

Production laitière

(exploitant ou salarié, y compris aide familial bénévole dans l'enfance ou en période de retraite)

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

1. Travaux effectués personnellement

Poste(s) occupé(s)	Activité		Période (début/fin) (en années)	Fréquence *	Durée cumulée (ans)
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>			
Traite en étable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Traite en salle de traite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Affouragement manuel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Affouragement mécanisé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Renouvellement de la litière des animaux manuel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Renouvellement de la litière des animaux mécanisé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Préparation et distribution des compléments d'alimentation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___

2. Hivernage : Durée annuelle moyenne : ___ mois Temps passé dans les bâtiments agricoles ? ___ H/jour

3. Caractéristiques de l'exploitation

- Le bâtiment d'habitation est (était) t-il séparé des bâtiments de l'exploitation ?
 Si oui, à partir de quelle année : _____ Distance séparant les bâtiments : _____ en mètres
 oui non depuis l'année: _____ oui non
- Disposez-vous des équipements ou aménagements suivants :
 - Stabulation libre : oui non depuis l'année: _____
 - Griffe de chargement oui non depuis l'année: _____
 - Pailleuse oui non depuis l'année: _____
 - Salle de traite oui non depuis l'année: _____
 - Séchage artificiel du fourrage en grange oui non depuis l'année: _____
 - Ventilation électrique de la grange oui non depuis l'année: _____
 - Ventilation électrique de l'étable oui non depuis l'année: _____
- Mode de conditionnement des fourrages :
 - Fourrage stocké en vrac oui non Période: _____
 - Balles de moyenne densité oui non Période: _____
 - Grosses balles de haute densité (rondes/rectangulaires) oui non Période: _____

4. Avez-vous effectué d'autre(s) tâche(s) ?

Si oui, lesquelles ? Oui Non H/Sem _____ ans

5. Commentaires libres

Activités de culture (y compris en coopératives)

N° _____ Emploi De _____ à _____
 N° _____ Emploi De _____ à _____
 N° _____ Emploi De _____ à _____
 N° _____ Emploi De _____ à _____

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

	Fréquence*		Durée cumulée	
1. Y avait-t-il des culture(s) dans votre exploitation ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quel(s) type(s) (entourer le nombre d'hectares)	
- Blé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 30 30 à 70 > 70 Hectares _____ ans
- Orge	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 30 > 30 Hectares _____ ans
- Maïs (fourrage, grains, semences)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 30 > 30 Hectares _____ ans
- Autres céréales (seigle, avoine...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 30 > 30 Hectares _____ ans
- Bétaïves	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 20 20 à 50 > 50 Hectares _____ ans
- Oléagineux (colza, tournesol...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 20 20 à 50 > 50 Hectares _____ ans
- Fourrage	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 30 30 à 70 > 70 Hectares _____ ans
- Fibres végétales (coton, jute...)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 30 > 30 Hectares _____ ans
- Légumes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 5 5 à 20 > 20 Hectares _____ ans
- Pommes de terre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 5 5 à 20 > 20 Hectares _____ ans
- Fruits	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 5 5 à 20 > 20 Hectares _____ ans
- Vignes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 5 5 à 20 > 20 Hectares _____ ans
Si oui, remplir une fiche « Industrie textile »				
- Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>	Lesquels ?		< 10 10 à 50 > 50 Hectares _____ ans	
2. Quel(s) type(s) de céréale(s) y avait dans les silos à grain ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, quel type ? (entourer la capacité des silos)	
- Avoine	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans
- Blé	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans
- Colza	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans
- Orge	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans
- Maïs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans
- Tournesol	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans
- Seigle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans
- Pois	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	NSP <input type="checkbox"/>	< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans
- Autres (à préciser) <input type="checkbox"/>	Lesquels ?		< 10 10 à 1000 > 1000 tonnes _____ ans	
3. Avez-vous effectué d'autres tâches ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, lesquelles ?				
4. Commentaires libres				

Activités d'élevage (y compris en abattoir et en industrie)

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

Fréquence* Durée cumulée

1. Avez-vous effectué de l'élevage d'animaux dans l'exploitation ?

Si Oui, quel(s) type(s) ?

	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Bovins (bœufs/vaches/veaux)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Confinement <input type="checkbox"/> < 50 50 à 100 >100 têtes	___ ans
- Ovins (moutons/agneaux/brebis)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Confinement <input type="checkbox"/> < 50 50 à 100 >100 têtes	___ ans
- Caprins (chèvres/cabris...)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Confinement <input type="checkbox"/> < 50 50 à 100 >100 têtes	___ ans
- Porcs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Confinement <input type="checkbox"/> < 50 50 à 100 >100 têtes	___ ans
- Volailles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Confinement <input type="checkbox"/> < 100 100 à 1.000 >1.000 têtes	___ ans
- Autres (à préciser) <input type="checkbox"/> Lesquels ?	Confinement <input type="checkbox"/> < 50 50 à 100 >100 têtes	___ ans

(Entourer le nombre de têtes)

2. Vous occup(é)ez-vous de :

- Affouragement manuel Oui Non NSP ___ ans
 - Affouragement mécanisé Oui Non NSP ___ ans
 - Désinfection des locaux et du matériel Oui Non NSP ___ ans
 - Désinfection/parasitage des animaux Oui Non NSP ___ ans
 - Renouvellement mécanique de la litière des animaux Oui Non NSP ___ ans
 - Renouvellement manuel de la litière des animaux Oui Non NSP ___ ans
 - Préparation/distribution des compléments d'alimentation Oui Non NSP ___ ans
 - Traitement d'animaux : Lesquels ? Oui Non **Si Oui, remplir fiche « production laitière »**
 - Autres (à préciser) Lesquels ? ___ ans

3. Hivernage : Durée annuelle moyenne : __, __ mois Temps passé dans les bâtiments agricoles : ___ H/ jour

4. Caractéristiques de l'exploitation :

Le bâtiment d'habitation est (était) t-l séparé des bâtiments de l'exploitation ? Oui Non

Si Oui, à partir de quelle année : _____ Distance séparant les bâtiments : _____ en mètres

5. Disposit(é)ez-vous des équipements ou aménagements suivants :

Stabulation libre : Oui Non depuis l'année: _____
 Griffe de chargement Oui Non depuis l'année: _____
 Pailleuse Oui Non depuis l'année: _____
 Salle de traite Oui Non depuis l'année: _____ **Si Oui, remplir fiche « production laitière »**
 Séchage artificiel du fourrage en grange Oui Non depuis l'année: _____
 Ventilation électrique de la grange Oui Non depuis l'année: _____
 Ventilation électrique de l'étable Oui Non depuis l'année: _____

6. Mode de conditionnement des fourrages :Fourrage stocké en vrac Oui Non Période: ____/____/____Balles de moyenne densité Oui Non Période: ____/____/____Grosses balles de haute densité (rondes/rectangulaires) Oui Non Période: ____/____/____**7. Falsiez-vous de l'abatage de bétail ?**Si Oui, découpiez-vous et préparez-vous les bêtes? Oui Non Non Non Non

(Entourer le nombre de têtes/an)

- Bovins Oui Non NSP < 10 10 à 1000 > 1000 têtes/an ____ ans- Ovins Oui Non NSP < 10 10 à 1000 > 1000 têtes/an ____ ans- Caprins Oui Non NSP < 10 10 à 1000 > 1000 têtes/an ____ ans- Porcs Oui Non NSP < 10 10 à 1000 > 1000 têtes/an ____ ans- Volailles Oui Non NSP < 10 10 à 1000 > 1000 têtes/an ____ ans- Autres (à préciser) Lesquels ? < 10 10 à 1000 > 1000 têtes/an ____ ans**8. Avez-vous effectué d'autre(s) tâche(s) ?**Si Oui, lesquelles ? Oui Non Non Non ____ ans**9. Commentaires libres**

POUSSIÈRES DE BOIS

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

	Fréquence*	Durée cumulée
1. Durée quotidienne de l'activité: ___ h/jour		
2. Quel(s) type(s) de bois êtes-vous exposé ?		
Bois durs <input type="checkbox"/> Bois tendres <input type="checkbox"/> Bois exotiques <input type="checkbox"/>		
3. Avez-vous traité du bois (créosotes, goudrons, xyloprotecteurs, traitement CCA, processus COBRA, ...)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	___ ans
Si oui, quels type(s) d'application(s) avez-vous utilisée(s)		
Etuve <input type="checkbox"/> Bain <input type="checkbox"/> Pulvérisation <input type="checkbox"/> Routeau/pinceau <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/>		
4. Avez-vous nettoyé/décapé ou préparé du bois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	___ ans
Si oui, quels type(s)		
Chimique : Cautiques ou alcalins (soude, potasse, ammoniac...) <input type="checkbox"/>		
Acides <input type="checkbox"/>		
Décapants <input type="checkbox"/>		
Agents blanchissants (eau oxygénée...) <input type="checkbox"/>		
Thermique : Bridage à la torche/ chalumeau de peinture ancienne <input type="checkbox"/>		
5. Avez-vous utilisé des colles ou adhésifs ?		
Si oui, quels type(s) : Colle blanche <input type="checkbox"/> Colles phénol-formol <input type="checkbox"/> Colle néoprène <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	___ ans
Colle mélamine- urée-formo <input type="checkbox"/> Colle cellulosique <input type="checkbox"/>		
6. Avez-vous peint verni et/ou vitrifié du bois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	___ ans
Si oui, quels type(s) : Cellulosiques <input type="checkbox"/> Phénol-formol <input type="checkbox"/> Urée-formol <input type="checkbox"/> Glycérophalliques <input type="checkbox"/>		
Vinyliques <input type="checkbox"/> Acrylique <input type="checkbox"/> Huile de lin <input type="checkbox"/>		
7. Avez-vous utilisé des solvants organiques/diluants/dégraissants ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	___ ans
Si oui, quels type(s) : White spirit <input type="checkbox"/> Essence <input type="checkbox"/> Gasoil <input type="checkbox"/>		
Alcool éthylique <input type="checkbox"/> Essence de térébenthine <input type="checkbox"/> Trichloréthylène <input type="checkbox"/>		
8. Avez-vous eu à disposition des moyens de protection individuel	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> et/ou collectif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quels type(s) : Masque à poussière <input type="checkbox"/> Cabine de peinture <input type="checkbox"/> Ventilation au poste de travail <input type="checkbox"/>		
Ventilation générale <input type="checkbox"/> Aspirateur/sac à poussière <input type="checkbox"/>		
9. Avez-vous fait d'autre(s) tâche(s) exposant aux poussières de bois ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	___ ans
Si oui, lesquelles ?		
10. Commentaires libres		

METIERS DU BTP

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = continue > 20 h/sem

Fréquence* Durée cumulée

1. Sur quel type de bâtiment avez-vous travaillé ?

Constructions individuelles Oui Non NSP ___ ans
 Immeubles collectifs (habitation ou bureaux) Oui Non NSP ___ ans
 Bâtiments publics (Écoles, hôpitaux, gymnases...) Oui Non NSP ___ ans
 Bâtiments à usage professionnel (hors bureaux) Oui Non NSP ___ ans
 Autres types (à préciser) Oui Non NSP ___ ans

2. Avez-vous travaillé sur des chantiers ?

De rénovation Oui Non NSP ___ ans
 De constructions neuves Oui Non NSP ___ ans
 Autres types (à préciser) Oui Non NSP ___ ans

3. Avez-vous exercé une activité dans les travaux publics ou le génie civil ?

• Avez-vous été exposé à des poussières lors de vos activités? (Sol, gravier, sable, ciment, béton, fibrociment type Eternit ...)
 Oui Non NSP (préciser) Oui Non NSP ___ ans

• Avez-vous été exposé à du goudron/asphalte/bitume lors de vos activités ?

Oui Non NSP (préciser) Oui Non NSP ___ ans

4. Avez-vous exercé des travaux de démolition ?

• Avez-vous été exposé à des poussières lors de ces activités de démolition (Pierre, carrelage, marbre, ciment, béton, fibrociment, briques réfractaires ou non réfractaires, ...)?

Oui Non NSP (préciser) Oui Non NSP ___ ans

• Avez-vous été exposé à des poussières métalliques (découpe de charpentes métalliques par ex) lors de vos activités ?

Oui Non NSP (préciser) Oui Non NSP ___ ans

5. Avez-vous exercé des travaux de maçonnerie et carrelage ?

• Avez-vous été exposé lors de vos activités de meulage/découpage/ ponçage à des poussières (Pierre, carrelage, marbre, ciment, béton, fibrociment, briques réfractaires ou non réfractaires, ...)?

Oui Non NSP (préciser) Oui Non NSP ___ ans

• Avez-vous nettoyé ou décapé des surfaces (à la brosse métallique, par sablage, à la torche/chaumeau, par des acides ...)?

Oui Non NSP (préciser) Oui Non NSP ___ ans

• Avez-vous utilisé des huiles de décoffrage (au pinceau, par pulvérisation, ...)?

Oui Non NSP (préciser) Oui Non NSP ___ ans

• Avez-vous réalisé des coffrages en bois?

Oui Non NSP (préciser) Si oui, remplir la fiche « Bois »

6. Avez-vous exercé des travaux d'étanchéité ?

• Quels types de produits d'étanchéité utilisiez-vous?

Produits noirs bitumineux liquides et chauds Bandes d'asphalte (carton, aluminium, feutre, kraft) Feuilles de plomb
 (préciser).....

• Utilisiez-vous un chalumeau pour chauffer les produits d'étanchéité ?

Oui Non NSP (préciser) Oui Non NSP ___ ans

7. Avez-vous exercé des travaux de couverture-toiture ?

- Faisiez-vous de la construction ou de la rénovation ? Oui Non NSP
- (préciser)..... — _____ ans
- Quels types de matériaux avez-vous découpé/poncé/meulé ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans
 - Tuiles traditionnelles en argile Ardoise Matériaux en amiante Matériaux en plastique de type ondulte PVC
 - Plomb Cuivre Zinc Acier galvanisé Feuilles asphaltées
- Avez-vous utilisé des colles ou adhésifs (néoprène, polyuréthane, ...) ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans

8. Avez-vous exercé des travaux d'électricité ?

- Avez-vous percé des trous dans les surfaces comme des murs/cloisons en béton, faux plafonds, gaines techniques, surfaces floquées ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans
 - Etiez-vous intervenu sur du matériel électrique isolé à l'amiante (gaines de câbles tressées, armoltes électriques, résistances...) ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans

9. Avez-vous posé des revêtements de sol (moquettes, sols plastiques, parquets en bois, parquets stratifiés, dalles vinyle amiante, résines, ...)?

- Avez-vous exécuté au moins une des tâches suivantes ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans
 - Couler des chapes de béton, poser d'enduit de ragréage, poncer du béton, sabler des surfaces, poncer des parquets en bois, ...
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans
 - Avez-vous utilisé des colles ou adhésifs (vinylique, acrylique, époxydique, polyuréthane, néoprène, ...)?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans

- Avez-vous utilisé des solvants organiques (par ex : pour décoller des revêtements de sol, dilution de colles) ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans

10. Avez-vous effectué des travaux d'isolation phonique et thermique ?

- Etiez-vous intervenu pour installer et/ou rénover des gaines techniques, plafonds, faux-plafonds, cloisons, murs et/ou toitures comportant les types d'isolants comme la laine de verre, de roche/laitier, polystyrène, amiante, mousses polyuréthane, carton, placcoplatre ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans

11. Avez-vous effectué des travaux de peinture ?

- Quel type de matériel avez-vous utilisé ?
 - Pinceaux/rouleaux Compresseur/pistolet Au trempé (préciser)..... — _____ ans
- Quel type de peinture/vernis avez-vous utilisé ?
 - A l'eau Aux solvants A l'huile de lin Antirouille A l'amiante Vernis Vitrifacteur Lasures
 - Glycérophthalique Acrylique Cellulosique Polyuréthane Epoxydique (préciser)..... — _____ ans
- Avez-vous nettoyé ou décapé des surfaces avant de peindre ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans
- Avez-vous utilisé des diluants/solvants/dégraissants (white spirit, trichloréthylène, essence, chlorure de méthylène ...) ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans
- Utilisiez-vous un masque à cartouche ?
 - Oui Non NSP (préciser)..... — _____ ans

12. Avez-vous effectué des travaux de plomberie-tuyauterie-chauffage ?

Oui Non NSP

- Quels types de matériaux avez-vous démolli/coupé/poncé/meulé? Oui Non NSP
 - Isolants sous le toit ou faux-plafonds Plafonds ou murs floqués
 - Canalisation en fibrociment Dalles de sol Foyers de cheminées/fours/chaudières
 - Autres (préciser).....
- Avez-vous utilisé les matériaux suivants? Oui Non NSP
 - Fonte Acier doux Inox Cuivre Laiton Bronze
 - Métaux galvanisés plomb PVC fibrociment
 - Autres (préciser).....
- Avez-vous effectué de l'entretien de chaudières et/ou de chauffe-eau (au gaz, au fuel, au charbon, électrique, ...)?
 - Oui Non NSP (préciser).....
- Avez-vous utilisé/rectifié des joints (carton, filasse, caoutchouc/plastique, amiante, ...)?
 - Oui Non NSP (préciser).....
- Avez-vous utilisé les produits suivants?
 - White spirit Trichloréthylène Essence Acide (décapage/détartrage...)
 - Oui Non NSP (préciser).....
- Avez-vous effectué des travaux de soudure ? Oui Non NSP **Si oui, remplir la fiche « Soudure »**

13. Commentaires libres

CIMENTERIE

N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/seem ; 2 = Discontinu 2 à 20 h/seem ; 3 = Continu > 20 h/seem
 Fréquence* Durée cumulée Présent dans une cabine/salle de contrôle

1. Quel poste occupez-vous ?

- Ouvrier de fabrication (rondier) Oui Non ____ ans Oui Non

- Contremaître Oui Non ____ ans Oui Non

- Agent d'entretien

- Entretien Mécanique Oui Non ____ ans Oui Non

- Entretien Electrique Oui Non ____ ans Oui Non

- Dépoussiérage de l'usine Oui Non ____ ans Oui Non

- Système de dépoussiérage (filtre) Oui Non ____ ans Oui Non

- Ouvrier à la cour « Manipulation des matières premières» Oui Non ____ ans Oui Non

- Ouvrier d'expédition

- à l'ensachage Oui Non ____ ans Oui Non

- bateaux Oui Non ____ ans Oui Non

- silos Oui Non ____ ans Oui Non

2. Avez-vous effectué d'autre(s) tâche(s) ?

Si oui, lesquelles ? _____

3. Commentaires libres

FONDERIE

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/semaine ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/semaine ; 3 = Continue > 20 h/semaine

1. Avez-vous effectué, vous-même, les tâches suivantes :

			Fréquence*	Durée cumulée
1.1. Préparation du sable de fonderie :	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans
1.2. Moulage ou noyautage :	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans
Si oui, les moules ou les noyaux étaient-ils chauffés ?	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous été en contact avec :	Sable (noir de carbone, brais) <input type="checkbox"/>		Acides <input type="checkbox"/>	Résines <input type="checkbox"/>
1.3. Chargement du four :	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	Gasoil <input type="checkbox"/>
Si oui, avec quels métaux ou produits :				
Mineral <input type="checkbox"/>	Charbon <input type="checkbox"/>	Coke <input type="checkbox"/>	Ferrailles recyclées <input type="checkbox"/>	
Chrome <input type="checkbox"/>	Fer <input type="checkbox"/>	Nickel <input type="checkbox"/>	Cadmium <input type="checkbox"/>	
Fonte <input type="checkbox"/>	Acier <input type="checkbox"/>	Fondant <input type="checkbox"/>	Autre : _____	
1.4. Coulage :	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans
1.5. Découpage :	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans
Si oui, avec des huiles ? :	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans

1.6. Ebarbage de finition (dessablage à air comprimé, meulage, sablage, granallage, oxycoupage) :

1.7. Entretien du four :	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans
1.8. Nettoyage par balayage/soufflet(s) (sols/machines) :	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans

Selon vous, pensez-vous avoir travaillé à côté de fortes sources de chaleur (> 300°C) ?

2. Avez-vous effectué d'autres tâche(s) ?	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans
Si oui, lesquelles ? _____	Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	___ ans

3. Commentaires libres :

FUMÉES DIESEL

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = continue > 20 h/sem

		Fréquence*		Durée cumulée
1. Quel(s) poste(s) occupez-vous ?				
1.1. Mécanicien sur véhicules à moteurs :				
Si oui, faisiez-vous de la réparation et/ou de l'entretien de :				
poils lourds :	oui	non	Si oui, nombre de poils lourds/semaine :	___ ans
véhicules légers :	oui	non	Si oui, nombre de véhicules diesel/semaine :	___ ans
Dans le garage, y avait-il :				
Ventilation générale :	oui	non		___ ans
Aspirations branchées aux pots d'échappement lors des essais moteurs :	oui	non		___ ans
Travaux de contrôle sur bancs d'essais :	oui	non		___ ans
1.2. Conducteur professionnel d'engins roulant au diesel :				
Poids lourds	oui	non		___ ans
Transports en commun urbains (bus)	oui	non		___ ans
Taxi	oui	non		___ ans
Engins de chantier :	oui	non		___ ans
si oui, type(s) d'engins :			
			
			
Locomotive diesel	oui	non		___ ans
Autres (à préciser) :	oui	non		___ ans
			
1.3. Contrôleur technique automobile :				
1.4. Autres postes exposants :				
Péagiste	oui	non		___ ans
Intervenant en parkings souterrains	oui	non		___ ans
Livreur en 2 roues	oui	non		___ ans
Agent de la force publique	oui	non		___ ans
Autres (à préciser) :	oui	non		___ ans
			

2. Avez-vous effectué d'autre(s) tâche(s) ?

oui non ___ ans

Si oui, lesquelles ?

3. Commentaires libres

TRAVAUX DES METAUX

N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

Fréquence* Durée cumulée

1. Avez-vous effectué, vous-même, les tâches suivantes :

1.1. Fabrication, réparation ou affûtage des outils tranchants des machines-outils ?

Oui Non ____ ans

Oui Non ____ ans

Si oui, de quelle manière ? A sec Avec des huiles entières ou en émulsion

1.3. Dégraissage de pièces ? Oui Non ____ ans

Si oui, de quelle manière ? A chaud A froid

1.4. Préparation de surfaces à décaper : Oui Non ____ ans

Si oui, avec quelle technique utilisée : Meulage manuel Meulage mécanique

Sablage/Grenaillage Acides Solutions alcalines

1.5. Soudage ou oxycoupage des métaux (chalumeau ou arc) ? **Si oui (Remplir la fiche « Soudure »)**

Oui Non ____ ans

Oui Non ____ ans

1.7. Participation à la démetalisation chimique ? (décapage à l'acide via différents bains) :

Oui Non ____ ans

Oui Non ____ ans

1.8. Participation à la cémentation des métaux ?

Oui Non ____ ans

1.9. Participation aux opérations d'émaillage ?

Oui Non ____ ans

1.10. Participation aux opérations d'électrodeposition ? Oui Non

1.11. Participation aux traitements thermiques des métaux ?

Oui Non ____ ans

Oui Non ____ ans

Si oui, par trempage : A l'huile Aux polymères Au plomb

1.12. Mise en peinture ou retouches des pièces après préparation ?

Oui Non ____ ans

Oui Non ____ ans

Si oui, de quelle manière ? En cabine Au pistolet

1.13. Participation à l'entretien des fours (furnisterie) ? Oui Non ____ ans

1.14. Entretien des bains de traitement ? Oui Non ____ ans

2. Avez-vous effectué d'autre(s) tâche(s) ? Oui Non ____ ans

Si oui, lesquelles ?

3. Commentaires libres

MINES/CARRIERES

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

*Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

		Fréquence*		Durée cumulée	
1. Dans quel type de mines ou de carrières avez-vous travaillé ?		Mines	Carrières		
A ciel ouvert (au jour)		___	___	___	___ ans
Au fond		___	___	___	___ ans
2. Quel était le matériau extrait ?					
Fer	Nickel	Plomb	Cuivre	Amiante	Charbon
Granit	Marbre	Argile	Sable	Autre (à préciser) :	_____
3. Avez-vous effectué les tâches suivantes (vous-même):					
1.1. Convoyage, concassage, broyage au jour :		Oui	Non	___	___ ans
1.2. Soutènement des galeries :		Oui	Non	___	___ ans
Si oui, avec quelle technique : bois (application de résines, projections, rien en particulier) hydraulique					
1.3. Tracage des galeries :		Oui	Non	___	___ ans
Si oui, de quelle manière : avec explosifs (nitrate-fuel ou « ANFO ») manuel					
1.4. Exploitation des galeries :		Oui	Non	___	___ ans
Si oui, de quelle manière : manuel avec engins, Si oui, remplir fiche « Fumées de Diesel »					
1.5. Maintenance du matériel au fond :		Oui	Non	___	___ ans
Si oui, quel(s) type(s) de matériel(s) : wagons engins (graissage/dégraissage, mécanique, freins/embrayage), Si oui, remplir fiche « Fumées de Diesel » cages ascenseurs et câbles					
Avez-vous utilisé du trichloréthylène ?		Oui	Non	___	___ ans
Avez-vous effectué du soudage ?		Oui	Non	___	___ ans
4. Dans votre mine/carrière, y avait-t-il un arrosage du minéral/matériau extrait lors des travaux poussiéreux (pulvérisation, forage à injection d'eau, arrosage des convoyeurs, etc.) ?					
Oui	Non	Ne sait pas		Si oui, lequel : _____	
5. Avez-vous travaillé à côté de machines à moteur diesel ?					
Oui	Non	Ne sait pas		Si oui, remplir fiche « Fumées de Diesel »	
6. Avez-vous travaillé à côté de personnes utilisant des explosifs ?					
Oui	Non	Ne sait pas		_____	
Si oui, quels types : Nitrate-fuel « ANFO » Autre (à préciser) : _____					
7. Avez-vous effectué d'autre(s) tâche(s) ?					
Oui	Non	Oui	Non	___	___ ans
Si oui, lesquelles ? _____					
8. Commentaires libres _____					

Production laitière

(exploitant ou salarié, y compris aide familial bénévole dans l'enfance ou en période de retraite)

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinu 2 à 20 h/sem ; 3 = Continu > 20 h/sem

1. Travaux effectués personnellement

Poste(s) occupé(s)	Activité		Période (début/fin) (en années)	Fréquence *	Durée cumulée (ans)
	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>			
Traite en étable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Traite en salle de traite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Affouragement manuel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Affouragement mécanisé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Renouvellement de la litière des animaux manuel	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Renouvellement de la litière des animaux mécanisé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___
Préparation et distribution des compléments d'alimentation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	actuelle <input type="checkbox"/> interrompue <input type="checkbox"/>	___/___/___	___ %	___

2. Hivernage : Durée annuelle moyenne : ___ mois Temps passé dans les bâtiments agricoles ? ___ H/jour

3. Caractéristiques de l'exploitation

- Le bâtiment d'habitation est (était) t-il séparé des bâtiments de l'exploitation ?
Si oui, à partir de quelle année : ___ Distance séparant les bâtiments : ___ en mètres oui non
- Disposez-vous des équipements ou aménagements suivants :
 - Stabulation libre : oui non depuis l'année: ___
 - Griffe de chargement : oui non depuis l'année: ___
 - Pailleuse : oui non depuis l'année: ___
 - Salle de traite : oui non depuis l'année: ___
 - Séchage artificiel du fourrage en grange : oui non depuis l'année: ___
 - Ventilation électrique de la grange : oui non depuis l'année: ___
 - Ventilation électrique de l'étable : oui non depuis l'année: ___
- Mode de conditionnement des fourrages :
 - Fourrage stocké en vrac : oui non Période: ___/___
 - Balles de moyenne densité : oui non Période: ___/___
 - Grosses balles de haute densité (rondes/rectangulaires) : oui non Période: ___/___

4. Avez-vous effectué d'autres tâches ?

Si oui, lesquelles ? Oui Non H/Sem ___ ans

5. Commentaires libres

SIDERURGIE

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

Fréquence* Durée cumulée

1. Avez-vous effectué, vous-même, les tâches suivantes :

1.1. Chargement ou déchargement des matières premières suivantes (normis en extérieur) ?

Oui Non ___ ans
 Ferrailles recyclées
 Autre (à préciser) :
 ___ ans

Si oui, avec quels métaux ou produits :

Minerai Charbon Coke Chrome Ferrailles recyclées
 Nickel Cadmium Fonte Fondant Autre (à préciser) :
 ___ ans

1.2. Préparation du minerai, du coke ou du charbon : (ex : concassage, criblage, etc...)

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

1.3. Enfournement / défournement du coke :

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

1.4. Chargement du four des hauts-fourneaux

Si oui, avec quels métaux ou produits :

Minerai Charbon Coke Chrome Ferrailles recyclées
 Nickel Cadmium Fonte Fondant Autre (à préciser) :
 ___ ans

1.5. Coulée de fonte ou d'acier :

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

1.6. Bouchage ou débouchage des trous de coulée :

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

1.7. Entretien / réparation des rigoles de coulée :

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

1.8. Entretien des fours :

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

1.9. Traitement thermique de surface ::

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

(ex : cémentation, trempe huile etc.)

1.10. Laminage ou étréage à chaud :

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

1.11. Oxycoupage ou décorticage :

Oui Non ___ ans
 Oui Non ___ ans

1.12. Maintenance des machines de production :

Oui Non ___ ans
 Si oui : en atelier H/jour ___ et/ou dans l'usine H/jour ___

Avez-vous effectué :

Du soudage (chalumeau, arc, polissoir) Oui Non Ne sait pas si oui remplir fiche « Soudure »
 De l'usinage (à sec, avec des huiles) Oui Non Ne sait pas si oui remplir fiche « Métaux »

2. Pensez-vous avoir travaillé à côté de fortes sources de chaleur (> 300°C) ?

Oui Non ___ ans

3. Avez-vous effectué d'autre(s) tâche(s) ?

Oui Non ___ ans

Si oui, lesquelles ?

4. Commentaires libres

SOUDEURE/ BRASURE

N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___
 N° ___ Emploi De ___ à ___

* Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

Fréquence* Durée cumulée
 _____ H/jour

1. Durée quotidienne de l'activité de soudure/brasure : _____ H/jour**2. Quel(s) type(s) de métaux soudez-vous ?**

Acier doux Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Acier galvanisé Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Aluminium Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Béryllium Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Cuivre Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Fer Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Fonte Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Inox Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Plomb Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Autre (à préciser) : _____ ans

3. Avant de souder, faisissez-vous une préparation des pièces métalliques à souder ?

par sablage par grenailage par meulage
 par bains d'acide par bain de solvant Autre (à préciser)

4. Quel(s) type(s) de soudure ou de brasure faisissez-vous ?

4.1. Soudure à l'arc Oui Non Ne sait pas _____ ans

Si oui 4.1., quel(s) type(s) de gaz utilisez-vous ?

TIG Oui Non Ne sait pas _____ ans
 MIG Oui Non Ne sait pas _____ ans
 MAG Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Plasma Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Autre (à préciser) : _____ ans

Si oui 4.1., quel(s) type(s) de baguettes à souder utilisez-vous ?

Rutile Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Basique Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Autre (à préciser) : _____ ans

4.2. Brasage tendre

Au fer à souder Oui Non Ne sait pas _____ ans
 A la vague Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Autre (à préciser) : _____ ans

4.3. Soudure électrique

par point/par pression Oui Non Ne sait pas _____ ans
 Autre (à préciser) : _____ ans

4.4. Brasage fort Oui Non Ne sait pas ___ ans

4.5. Soudure au chalumeau Oui Non Ne sait pas ___ ans

Si oui, à 4.4. et 4.5. :

Quel type de gaz utilisiez-vous ?

Oxyacétylène Oui Non Ne sait pas ___ ans

Propane Oui Non Ne sait pas ___ ans

butane (gaz de ville) Oui Non Ne sait pas ___ ans

Autre (à préciser) ___ ans

Quel type de baguettes à souder utilisiez-vous ?

au plomb Oui Non Ne sait pas ___ ans

à l'argent Oui Non Ne sait pas ___ ans

Autre (à préciser) ___ ans

4.6. Autres types de soudure (à préciser) ?

5. Commentaires libres

INDUSTRIE TEXTILE

N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____
 N° ____ Emploi De ____ à ____

*Estimation de la fréquence : 1 = Sporadique < 2 h/sem ; 2 = Discontinue 2 à 20 h/sem ; 3 = Continue > 20 h/sem

Fréquence* Durée cumulée
 1. Dans que(s) secteur(s) avez-vous travaillé et à quel(s) poste(s) de travail avez-vous occupé ?

1.1. Secteurs d'activité :

1.1.1. Culture Oui Non _____ ans
 Précisez le poste de travail : Arrachage Ramassage Egrenage
 1.1.2. Atelier de teillage Oui Non _____ ans
 Précisez : En début de chaîne (dérouleuse) ou en fin de chaîne (mise en écheveaux de la filasse)
 1.1.3. Atelier d'ouvrison Oui Non _____ ans
 1.1.4. Atelier de battage Oui Non _____ ans
 1.1.5. Atelier de cardage Oui Non _____ ans
 1.1.6. Atelier de filage ou filature Oui Non _____ ans
 1.1.7. Atelier d'étrépage/passage de banc à broches Oui Non _____ ans
 1.1.8. Atelier de renvidage et bobinage Oui Non _____ ans
 1.1.9. Atelier de teinture, impression, finissage Oui Non _____ ans
 1.1.10. Atelier de tissage/ tricotage Oui Non _____ ans

1.2. Postes de travail :

1.2.1. Ouvreur de balles (déballage manuel /automatique) Oui Non _____ ans
 1.2.2. Batteur de fibres Oui Non _____ ans
 1.2.3. Cardeur de fibres Oui Non _____ ans
 1.2.4. Fileur Oui Non _____ ans
 1.2.5. Bobineur Oui Non _____ ans
 1.2.6. Régleur de métiers à tisser à tricoter Oui Non _____ ans
 1.2.7. Nettoyeur et entretien de machines textiles Oui Non _____ ans
 1.2.8. Agent de traitement des déchets textiles Oui Non _____ ans
 1.2.9. Autre(s) poste(s) de travail : Oui Non _____ ans

2. Quel(s) type(s) de fibre(s) textile avez-vous travaillé ?

- Coton Oui Non Ne sait pas Activité(s) _____ Emploi(s) _____ ans
 - Lin Oui Non Ne sait pas Activité(s) _____ Emploi(s) _____ ans
 - Chanvre Oui Non Ne sait pas Activité(s) _____ Emploi(s) _____ ans
 - Sisal Oui Non Ne sait pas Activité(s) _____ Emploi(s) _____ ans
 - Jute Oui Non Ne sait pas Activité(s) _____ Emploi(s) _____ ans
 - Laine Oui Non Ne sait pas Activité(s) _____ Emploi(s) _____ ans
 - Autres.....Oui Non Ne sait pas Activité(s) _____ Emploi(s) _____ ans

3. Avez-vous effectué d'autre(s) tâche(s) ?

Si oui, lesquelles ? Oui Non _____ ans

4. Commentaires libres