



## Formulaire de dépistage sanitaire pour les respirateurs jetables à filtre à particules

Nom :	
Organisation :	
Désignation :	
Numéro de téléphone :	

Avez-vous déjà porté un respirateur?

€ Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire les difficultés que vous avez rencontrées lors de l'utilisation du respirateur :

Porterez-vous des lunettes ou un équipement de protection individuelle avec le respirateur?

€ Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire la situation :

Y a-t-il une raison pour laquelle vous ne pouvez pas porter d'appareil respiratoire ajusté directement sur la peau de votre visage?

€ Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire la situation :

Avez-vous eu ou avez-vous actuellement l'une des conditions suivantes :

- |   |         |
|---|---------|
| 1. Maladie pulmonaire ou problèmes respiratoires, y compris de l'asthme | Non     |
| 2. Troubles cardiaques  | Oui Non |
|   | Oui Non |
|   | Oui Non |
|   | Oui Non |



3. Tension artérielle élevée
4. Diabète
5. Épilepsie, évanouissements ou crises
6. Difficulté liée au goût

Oui

Non

Veillez préciser, si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus :

Veillez décrire en détail toute allergie alimentaire, médicamenteuse, environnementale ou autre que vous pouvez avoir :

### Évaluation par un professionnel de la santé

Le travailleur est autorisé à utiliser un respirateur selon l'évaluation :  Oui  Non

Le travailleur doit être référé pour une évaluation médicale plus poussée :  Oui  Non

En signant ce formulaire, vous consentez à partager des renseignements avec l'employeur au moyen du formulaire *Rapport de l'évaluation de santé relative à l'utilisation d'un respirateur* aux fins d'autorisation.

\_\_\_\_\_  
Nom du professionnel de la santé

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel de la santé :

Date : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AA)

Signature de l'employé :

\_\_\_\_\_  
Date : \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AA)