



Quelle est votre situation familiale ?	<input type="checkbox"/> seul <input type="checkbox"/> en couple
Si vous êtes en couple, votre conjoint, travaille-t-il ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui avec horaires réguliers <input type="checkbox"/> oui avec horaires irréguliers
Combien d'enfants de <u>moins de 5 ans</u> avez-vous à charge ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou plus
Combien d'enfants de <u>plus de 5 ans</u> avez-vous à charge ?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou plus
Avez-vous d' <u>autres personnes</u> à charge ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Pour les femmes : êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Avez-vous des difficultés pour gérer les charges familiales en raison du travail de nuit ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Estimez-vous que le travail de nuit perturbe votre <u>vie familiale</u> ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup
Estimez-vous que le travail de nuit perturbe votre <u>vie sociale</u> ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> beaucoup
Devez-vous renoncer à des activités de loisir ou sportives en raison de vos horaires ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent
Vous sentez-vous actuellement en pleine forme ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non, préciser

<b>Supportez-vous de travailler la nuit ?</b>	<input type="checkbox"/> très bien <input type="checkbox"/> bien <input type="checkbox"/> mal <input type="checkbox"/> très mal
Commentaire(s) :	

<b>Lors du travail de nuit :</b>	
Est-il possible de prendre un repas chaud ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
D'habitude pouvez-vous <u>vous reposer</u> un moment ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <1heure <input type="checkbox"/> >1heure
Pouvez-vous <u>dormir</u> un moment ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <1heure <input type="checkbox"/> >1heure
Comment sont les conditions pour vous reposer ?	<input type="checkbox"/> plutôt bonnes <input type="checkbox"/> plutôt mauvaises, préciser
Travaillez-vous seul dans votre service la nuit ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

<b>Après avoir travaillé la nuit :</b>	
Quelle est la durée du trajet travail - domicile ?	<input type="checkbox"/> <1heure <input type="checkbox"/> 1-2 heures <input type="checkbox"/> >2heures
Comment rentrez-vous habituellement à la maison ?	<input type="checkbox"/> à pied <input type="checkbox"/> vélo <input type="checkbox"/> transports publics <input type="checkbox"/> véhicule seul <input type="checkbox"/> co-voiturage <input type="checkbox"/> autre, préciser
Avez-vous une difficulté à rentrer chez vous ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Vous arrive-t-il d'avoir de la somnolence au volant ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> rare <input type="checkbox"/> souvent
Si <u>oui</u> que faites-vous ?	<input type="checkbox"/> un arrêt avec courte sieste <input type="checkbox"/> autre
Avez-vous des difficultés à dormir le jour ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> rare <input type="checkbox"/> souvent, préciser
Combien d'heures dormez-vous (si vous veillez la nuit suivante) ?	<input type="checkbox"/> <4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> >8

Combien d'heures dormez-vous la nuit <u>lorsque vous travaillez de jour</u> ?	<input type="checkbox"/> <4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> >8
Arrivez-vous globalement à récupérer entre les nuits?	<input type="checkbox"/> oui le plus souvent <input type="checkbox"/> non, préciser
Arrivez-vous à récupérer rapidement après une série de nuits?	<input type="checkbox"/> oui le plus souvent <input type="checkbox"/> non, préciser

<b>Le travail de nuit a-t-il des répercussions sur votre santé ? :</b>	
Troubles digestifs (reflux acides, maux de ventre, ballonnements, autres) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Troubles cardiaques ou vasculaires ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Troubles psychiques (dépression, irritabilité, autre) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Fatigue ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> importante
Troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, sommeil non réparateur) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> légers <input type="checkbox"/> importants
Troubles de la vigilance (sommolence, ralentissement) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> légers <input type="checkbox"/> importants
Exacerbation de maux de tête ou de migraine ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> importante
Prise ou perte de poids <u>depuis 2 ans</u> ?	<input type="checkbox"/> pas de changement important Prise de <input type="checkbox"/> 2 à 5 kg <input type="checkbox"/> > 5 kg Perte de <input type="checkbox"/> 2 à 5 kg <input type="checkbox"/> > 5 kg
Votre alimentation est-elle perturbée par le travail de nuit ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> repas sautés <input type="checkbox"/> repas déséquilibrés <input type="checkbox"/> grignotages importants <input type="checkbox"/> beaucoup de sodas <input type="checkbox"/> repas supplémentaires <input type="checkbox"/> autres, préciser

<b>Durant ces 2 dernières années :</b>	
Avez-vous eu un accident de la circulation ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, en rentrant après une nuit de travail <input type="checkbox"/> oui, en lien avec la fatigue ou endormissement <input type="checkbox"/> oui, sans lien avec le travail de nuit ou fatigue
Avez-vous eu un arrêt de travail pour état d'épuisement ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> < 3 semaines <input type="checkbox"/> > 3 semaines
Avez-vous subi une opération ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Avez-vous eu un problème de santé important ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Combien de jours avez-vous été en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> <7 j. <input type="checkbox"/> 7-14 j. <input type="checkbox"/> 14-30 j. <input type="checkbox"/> >30 j.

<b>Êtes-vous connu pour :</b>	
Une maladie du cœur ou des artères ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Un diabète traité par insuline ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Des pertes de connaissance ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Une épilepsie ou une autre maladie neurologique ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Une autre atteinte importante de votre santé ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser
Prenez-vous des médicaments ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, préciser

<b>Souhaitez-vous une visite avec le médecin du travail ?</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	---

<b>Avez-vous des questions ou des commentaires concernant le travail de nuit ?</b>
--