



**Annexe 1 Directive médicale OFT**

Examen: <input type="checkbox"/> premier examen d'aptitude <input type="checkbox"/> examen périodique <input type="checkbox"/> examen extraordinaire	<b>A remplir par le candidat</b> <b>Confidentiel</b>	
Nom:	Prénom:	Date de naissance:
Sexe: <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin	Profession:	Adresse:
Employeur: depuis quand?	Activité actuelle: Taux d'activité (en %):	Dernier examen médical dans le domaine ferroviaire: Date: Médecin consultant:

Vous a-t-on déjà déclaré inapte à conduire des véhicules moteurs/à exercer des activités déterminantes pour la sécurité?  
 non  oui

Si oui:      Date:      Médecin consultant:      Détails:

<p>Souffrez-vous actuellement de troubles de la santé? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui : desquels?</p>	<p>Depuis le dernier examen/test, avez-vous subi un accident ou avez-vous souffert de problèmes de santé durant le travail ou en rapport avec le travail? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui: détails</p>
<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou avez-vous subi un accident, des blessures ou des empoisonnements qui ont nécessité un séjour à l'hôpital et/ou une intervention chirurgicale? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui: lesquels?</p>	<p>Au cours des 5 dernières années, avez-vous été dans l'incapacité de travailler pendant une période supérieure à quatre semaines? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui: Quand, pourquoi?</p>
<p>Prenez-vous actuellement des médicaments? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui: lesquels, dose, depuis quand, raison:</p>	<p>Fumez-vous? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> non-fumeur depuis: <input type="checkbox"/> oui Si oui: quoi, combien:</p>
<p>Consommez-vous de l'alcool? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui: quel type, combien et combien de fois par semaine?</p>	<p>Consommez-vous ou avez-vous consommé des stupéfiants ou des drogues? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Quand pour la dernière fois? Quel produit? A quelle fréquence?</p>

**Êtes-vous ou avez-vous été sujet aux symptômes/maladies suivants ? (veuillez répondre à chaque question; si vous répondez oui, veuillez préciser sous 'remarques'):**

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
Maladie ophtalmique/ opération oculaire			Syndrome de l'apnée du sommeil			Maladie cardiaque ou vasculaire			Diabète (Diabetes mellitus)		
Vertiges, évanouissements, perte de conscience			Troubles psychiques			Maladie gastrique / intestinale			Cancer		
Troubles du sommeil			Traitement de désintoxication en raison d'abus d'alcool, de drogues, de médicaments			Surdité / maladie auriculaire			Troubles rénaux chroniques		
Epilepsie, crises, paralysies			Asthme ou maladie pulmonaire			Maladie du sang (p. ex. anémie)			Pour les femmes : êtes-vous enceinte?		

**Remarques:**

**Je déclare avoir dûment rempli le présent formulaire et n'avoir ni omis des informations importantes ni fourni de fausses informations.**

**Lieu, date:**

**Signature du candidat / de la candidate:**



**Remarques du médecin concernant:**

Anamnèse familiale: (maladie mentale, alcoolisme, diabète, autres maladies du métabolisme, hypertension / maladies cardio-vasculaires, épilepsie, glaucome)

Social:

Anamnèse intermédiaire:

Comportement durant les loisirs et lié à la santé:

Anamnèse personnelle (uniquement lors de la première visite):

Anamnèse professionnelle détaillée (uniquement lors de la première visite):



## Examen d'aptitude médicale pour l'admission aux activités déterminantes pour la sécurité dans le domaine ferroviaire

(le formulaire reste en possession du médecin consultant)

Candidat Nom:

Prénom:

Date de naissance:

<b>Examen:</b> <input type="checkbox"/> premier examen d'aptitude <input type="checkbox"/> examen périodique <input type="checkbox"/> examen extraordinaire	<b>Degré d'exigence:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<b>Taille:</b>  <b>Poids:</b>  <b>BMI:</b>	Pression artérielle: - systole:  - diastole:	<b>Pouls au repos:</b> - Fréquence:  - Rythme:
<b>Examen clinique:</b>	Normal      Anormal			Normal      Anormal
1) Tête, cou, thyroïde			8) Système digestif, abdomen; reins	
2) Cavité buccale, gorge, nez			9) Extrémités	
3) Oreilles, tympan			10) Dos	
4) Yeux (pupilles, mobilité, nystamus)			11) Système nerveux	
5) Poumons, thorax			12) Psychisme	
6) Cœur			13) Peau	
7) Système vasculaire			14) Nœuds lymphatiques	
			15) Impression générale	

Remarques: (considérations pathologiques, commentaires) (écrire au verso)

**Acuité visuelle:** les exigences sont-elles remplies?\*  oui  non      **lunettes\*\*:**  oui  non      **lentilles de contact**  oui  non

<b>Vision lointaine</b> non corrigée:	Œil droit	Œil gauche	Les deux	<b>Vision proche</b> non corrigée:	Œil droit	Œil gauche	Les deux
corrigée:				corrigée:			
lunettes:	sph    cyl	sph    cyl		lunettes:	sph    cyl	sph    cyl	

\*Conformément à l'annexe 3 de la directive sur les examens d'aptitude      \*\*Maximum admis pour les verres correcteurs cf. annexe 3  
(test de perception des couleurs, en règle générale seulement lors du premier examen)

**Vision des couleurs:** les exigences sont-elles remplies?\*  oui  non

<b>Tableaux Ishihara</b> (version 24 tableaux) (le test couleur est réussi si les 15 premiers tableaux sont déchiffrés rapidement, sans hésitation ni erreur) Tous les 15 tableaux ont-ils été lus correctement? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<b>2. Test des couleurs:</b> <b>Lequel?</b> (Velhagen ou Farnsworth) Signe indiquant un trouble de la vision des couleurs? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Champ visuel complet: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

\* Conformément à l'annexe 3 de la directive sur les examens d'aptitude médicale

**Acuité auditive:** les exigences sont-elles remplies?\*  oui  non      **Examens supplémentaires:**

Hz	500	1000	2000	3000	4000			Normal / négatif	Anormal / positif
Droite							ECG au repos		
Gauche							Labo-chimie <sup>1</sup>		
Remarques:							Hb, formule sanguine différenciée		
							Analyse d'urine (papier ph)		
							Test de dépistage de drogues <sup>2</sup>		

\* Conformément à l'annexe 3 de la directive sur les examens d'aptitude médicale

<sup>1</sup>En cas de besoin

<sup>2</sup>Uniquement lors du premier examen / en cas de soupçon de consommation de drogues

**Examens supplémentaires (uniquement en cas d'indication spéciale):**

Type de l'examen	Normal	Anormal	Remarques
<b>Diagnostics / Remarques:</b>			

Évaluation de l'aptitude/restrictions/conditions à noter dans le formulaire 'annexe 2')

Date, timbre, signature du médecin consultant: