

# INFIRMIER(IÈRE), PERSONNEL DE SANTÉ OU PERSONNEL DE LABORATOIRE

Numéro du métier  
précédemment noté de 1 à 5 —

Rappeler ici :

Année début : \_\_\_\_\_ Année fin : \_\_\_\_\_

1. Quel était votre travail ? <i>Identifiez le travail principal</i>	Oui	Non			
a) Infirmier(ère) chez un généraliste	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
b) Infirmier(ère) dans un hôpital	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
c) Aide-soignant(e) dans un hôpital	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
d) Assistant(e) anesthésiste	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
e) Technicien(ne) dans un hôpital	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
f) Personnel soignant au domicile des malades	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
g) Personnel soignant en maison de retraite ou chez des personnes âgées	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
h) Sage-femme	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
i) Puéricultrice	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
j) Auxiliaire de puériculture	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
i) Infirmier(ère) de maternité	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
j) Assistant(e) de dentiste	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
k) Médecin	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
l) Chirurgien	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0.</sub>			
m) Autre, précisez : .....					
<b>2. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé :</b>	<b>Nombre de jours par semaine</b>				
	<b>Jamais</b>	<b>&lt;1 j /sem</b>	<b>1-3 j /sem</b>	<b>4-7 j /sem</b>	<b>&gt;7 j /sem</b>
➤ Des gants en latex poudrés?	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5.</sub>
➤ Des gants en latex non poudrés?	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5.</sub>
<b>3. Combien de paires de gants utilisés-vous par jour ?</b>	<b>Nombre de paires de gants utilisées par jour</b>				
	<b>Aucune</b>	<b>1-2</b>	<b>3-5</b>	<b>6-10</b>	<b>&gt; 10</b>
➤ Paires de gants de latex <u>poudrés</u> utilisé par jour ?	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5.</sub>
➤ Paires de gants de latex <u>non poudrés</u> utilisé par jour ?	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5.</sub>

**4. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage et de désinfection suivants au travail ?**

	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Poudre à laver, à récurer	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
b) Tous nettoyeurs liquides, sauf produit vaisselle et lessive	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
c) Produits pour blanchir, javel	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
d) Ammoniac	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
e) Solvants, détachants	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
f) Produits de nettoyage <u>en sprays</u>	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
g) Formaldéhyde	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
h) Glutaraldéhyde	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
i) Eau de javel, chlore	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
j) Ortho-phthalaldéhyde	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
k) Chloramine-T	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
l) Alcool ( <i>éthanol, méthanol</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
m) Composés d'ammonium quaternaire (quats)	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
n) Oxyde d'éthylène	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
o) Acide acétique	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
p) Acide peracétique	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
q) Peroxyde d'hydrogène	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
<b>Si vous ne connaissez pas le(s) produit(s) actif(s) :</b>				
j) Donnez la/les marque(s) (inscrire ci-dessous)				
.....	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
.....	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
k) Autre produit de nettoyage ou de désinfection ; ne sait pas le nom	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>

5. Combien de jours par semaine avez-vous désinfecté les lieux ou les équipements suivants au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Sanitaires ( <i>toilettes, salle de bain, ...</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
b) Cuisines	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
c) Instruments médicaux	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
d) Équipement de laboratoire	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
e) Bloc opératoire	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>
f) Autres lieux, précisez : .....	<input type="checkbox"/> <sub>1.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3.</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4.</sub>

6. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les méthodes de désinfection suivantes au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Utiliser des sprays	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
b) Utiliser des lingettes	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
c) Rincer à la main	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
d) Laver à la machine	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
e) Nettoyer des surfaces avec une éponge ou un torchon	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
f) Laver à la serpillière ou frotter le sol	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
g) Autre méthode, précisez : .....	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.

7. Les jours où vous utilisez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisez-vous en moyenne au travail ? 1. <1 heure par jour    2. 1–4 heures par jour    3. >4 heures par jour
8. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ? 1. Jamais    2. <1 jour/sem    3. 1–3 jour/sem    4. 4–7 jours/sem
9. Vous est-il arrivé de devoir nettoyer après un déversement accidentel de produits chimiques ? 1. Oui    0. Non
10. Avez-vous travaillé comme auxiliaire de puériculture, infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire pendant une autre période ? 1. Oui    0. Non

☞ **Si oui, avec des tâches différentes, complétez l'annexe « Infirmier (ière), personnel de santé ou personnel de laboratoire », à disposition dans le courrier (si besoin d'un second exemplaire, merci de demander à la crèche)**

☞ **Si oui, avec des tâches similaires:**

11. Indiquez le(s) numéro(s) correspondant(s) de métier(s) : .....

**SI NON à Q10 - FIN DU QUESTIONNAIRE.**

**Nous vous remercions de votre participation.**