

TRAVAIL DE MÉNAGE ET DE NETTOYAGE

Numéro du métier :

Rappeler ici : **précédemment noté de 1 à 5** —

Année début : _____

Année fin : _____

1. Où avez-vous fait du nettoyage/ménage ? Indiquer le lieu <u>principal</u>	Oui	Non
a) Crèches	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
b) Logements privés	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
c) Écoles	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
d) Bureaux	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
e) Hôpitaux, pharmacies	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
f) Boutiques	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
g) Cafés, restaurants	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
h) Cuisines	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
i) Usines, lieux de production	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
j) Extérieur	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
k) Animalerie	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
l) Abattoir, alimentation industrielle, boucherie	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
m) Porcherie, poulailler	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.
n) Autres (<i>piscines, ...</i>), précisez :	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 0.

2. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les opérations de nettoyage suivantes au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j	1-3 j	4-7j
a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur, battre des tapis	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
b) Passer la serpillière ou lessiver	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
c) Nettoyer la cuvette des toilettes	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
d) Lustrer, cirer parquet/meubles, shampooiner tapis/moquette	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
e) Nettoyer les vitres ou les miroirs	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
f) Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
i) Faire du nettoyage industriel (<i>entretien régulier, nettoyage de machines</i>)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.

3. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage suivants au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
a) Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
b) Ammoniac	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
c) Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler ...)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
d) Acides dont produits pour enlever le tartre (vinaigre, acide chlorhydrique)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
e) Détachants et autres solvants	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
f) Cires liquides ou solides et produits pour lustrer (sol, meubles)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
g) Autres nettoyeurs liquides, sauf produit vaisselle et lessive	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
h) Lingettes nettoyantes ou désinfectantes	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
i) Produits de nettoyage parfumés	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
j) Produits d'entretien 'Bio' ou 'Vert'	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.

4. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les sprays suivants au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les meubles, tables ou plans de travail	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
b) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les vitres ou miroirs	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
c) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour la douche, baignoire ou lavabos	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
d) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour laver le sol	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
e) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour dégraisser ou nettoyer le four	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
f) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour le repassage	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
g) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour rafraîchir l'air, anti-mauvaises odeurs	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
h) Sprays, atomiseurs ou aérosols insecticide, pesticide ou acaricide	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
i) 'Autres' pour plaque de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les tâches	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.

5. Combien de jours par semaine avez-vous exercé les tâches professionnelles suivantes en utilisant des désinfectants ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Préparation/mélange de désinfectants	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
b) Remplissage d'appareils avant l'utilisation	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
c) Désinfection proprement dite	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
d) Nettoyage d'instruments /équipements après utilisation	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.

6. 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"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
b) Cuisines	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
c) Instruments médicaux ou équipement de laboratoire	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
g) Étables, écuries, serres ou cages pour animaux	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
j) Abattoirs ou boucheries	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
l) Autres boutiques d'alimentation	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
m) Magasins	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
n) Autres lieux, précisez :	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}

7. Les jours où vous utilisiez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisiez-vous en moyenne ?
- _{1.} <1 heure/ jour _{2.} 1-4 heures /jour _{3.} >4 heures / jour
8. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ?
- _{1.} Jamais _{2.} <1 j /sem _{3.} 1-3 j /sem _{4.} 4-7 j/sem
9. Vous est-il arrivé de devoir nettoyer après un déversement accidentel de produits chimiques ?
- _{1.} Oui _{0.} Non
10. Avez-vous travaillé en tant que personnel de ménage ou de nettoyage pendant une autre période ?
- _{1.} Oui _{0.} Non

↪ Si oui, avec des tâches différentes, complétez l'annexe « Travail de ménage/nettoyage », 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 - et que vous n'avez pas travaillé comme auxiliaire de puériculture, infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire - FIN DU QUESTIONNAIRE.

Nous vous remercions de votre participation.