

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

Numéro du métier
précédemment noté 1 à 5 _____
Rappeler ici : figurant pages 11 et 12

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

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

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cuisines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Instruments médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Équipement de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Autres lieux, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Utiliser des lingettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Rincer à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Laver à la machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nettoyer des surfaces avec une éponge ou un torchon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Laver à la serpillière ou frotter le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Autre méthode, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Les jours où vous utilisez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisez-vous en moyenne au travail ? <1 heure par jour 1-4 heures par jour >4 heures par jour

8. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ? Jamais <1 jour/sem 1-3 jour/sem 4-7 jours/sem

9. Vous est-il arrivé de devoir nettoyer après un déversement accidentel de produits chimiques ? Oui 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 ? Oui Non

☞ Si oui, avec des tâches différentes, complétez l'annexe « Infirmier(ière), personnel de santé ou personnel de laboratoire », à disposition sur le site public : <https://crespi.vjf.inserm.fr> si besoin d'un second exemplaire

☞ Si oui, avec des tâches similaires :

11. Indiquez le(s) numéro(s) correspondant(s) de métier(s) figurant pages 11 et 12 :

SI NON à Q10 - FIN DU QUESTIONNAIRE.

Nous vous remercions de votre participation.