

Examen médical de l'utilisateur dans le cadre du programme de protection respiratoire

Form # 1035 Rev. 0, 2022-01-06

Page 1 of 2

Nom de famille :	Prénom :	Numéro d'employé
Entreprise, employeur et site (le cas échéant) :		Service :

L'UTILISATEUR de respirateur remplit les cases BLANCHES. Le vérificateur d'ajustement ou le professionnel de la santé remplit les cases GRISES.

État de santé de l'UTILISATEUR de respirateur

Si vous cochez « OUI » à une des sections a, b, c, une évaluation plus approfondie par un professionnel de la santé est nécessaire avant l'utilisation du respirateur. Veuillez communiquer avec l'infirmière du Service de Santé globale et sécurité

Important : L'information médicale ne doit **PAS** être inscrite sur ce formulaire.

Certaines conditions peuvent sérieusement affecter votre capacité à utiliser un respirateur en toute sécurité. Souffrez-vous ou avez-vous souffert de l'une des affections suivantes susceptibles de nuire à votre utilisation du respirateur ?

Essoufflement	Difficultés respiratoires	Bronchite chronique	Emphysème
Maladie pulmonaire	Douleur thoracique à l'effort	Problèmes cardiaques	Allergies
Hypertension	Maladie cardiovasculaire	Problèmes de thyroïde	Diabète
Maladie neuromusculaire	Évanouissements	Vertiges/nausée	Crises d'épilepsie
Sensibilité à la température	Claustrophobie ou peur des hauteurs	Déficience auditive	Prothèses dentaires
Crises de panique	Daltonisme	Asthme	Médicaments prescrits pour traiter une maladie
Déficience visuelle	Diminution de l'odorat	Diminution du sens du goût	
Problèmes de dos et de nuque	Caractéristiques faciales et affections cutanées	Stimulateur cardiaque	

- a) Toute autre condition ayant une incidence sur l'utilisation du respirateur ? (Cochez uniquement les cases « Oui ou Non ». **NE PAS PRÉCISER**) Oui Non
- b) Avez-vous déjà rencontré des difficultés lors de l'utilisation d'un respirateur ? Oui Non
- c) Avez-vous des inquiétudes quant à votre capacité à utiliser un respirateur en toute sécurité ? Oui Non

UTILISATEUR de respirateur

- Je n'ai connaissance d'aucun problème médical susceptible de nuire à ma capacité à utiliser un respirateur.
- Je souffre peut-être d'une affection qui devrait être évaluée par un médecin.

Signature

Date (aaaa/mm/jj)

Évaluation primaire par un professionnel de la santé (si nécessaire)

Date de l'évaluation (aaaa/mm/jj) : _____

Êtes-vous autorisé à utiliser un respirateur ? Oui Non Pas sûr

Avez-vous été référé pour une évaluation médicale ? Oui Non

Date de la réévaluation (aaaa/mm/jj) : _____

Nom du professionnel de la santé (en lettres moullées):

Titre :



Examen médical de l'utilisateur dans le cadre du programme de protection respiratoire

Signature :

--

Examen médical de l'utilisateur dans le cadre du programme de protection respiratoire

Form # 1035 Rev. 0, 2022-01-06

Page 3 of 2

Types de respiratoire(s)

Type		Code de suivi SGA	Taille
3M 6000 (demi)	<input type="checkbox"/>	004-104	
3M 6000 (plein)	<input type="checkbox"/>	004-121	
MSA Comfo Classic (demi)	<input type="checkbox"/>	004-103	
Masque à gaz et sécurité (plein)	<input type="checkbox"/>	004-140	
Scott AV3000 (plein)	<input type="checkbox"/>	004-001	
N95 (Moldex, modèle : _____)	<input type="checkbox"/>		

Remarque : Les numéros affichés ci-dessus sont donnés à des fins administratives et représentent le cours « Essai d'ajustement » qui sera entré dans le système de gestion de l'apprentissage (SGA).

Date d'expiration (aaaa/mm/jj) :

expire après deux (2) ans

(Inscrit à l'essai d'ajustement)

J'ai reçu des instructions et je comprends parfaitement la sélection, l'utilisation et l'entretien des respirateurs, y compris l'enfilage et le retrait du respirateur pour lequel j'ai été testé.

Nom de l'employé (en lettres moulées) :

Signature de l'employé :

Je certifie que l'employé susmentionné comprend bien les attentes relatives à la sélection, à l'utilisation et à l'entretien des respirateurs.

Nom du vérificateur (en lettres moulées) :

Signature du vérificateur :