*A renvoyer au Service de Médicine du Travail au plus tard 5 jours ouvrables avant le début des travaux sur le domaine technique du SCK CEN!*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Par poste :* |  | **Au Service de Médicine du Travail****SCK CEN****Centre d'Etude de l'Energie Nucléaire****Boeretang 200****B-2400 MOL** |
| *E-mail :**Fax :****Numéro de télephone :*** |  | medical@sckcen.be+ 32 14 32 10 40**+ 32 14 33 28 09** |
| **A. Identification du Service pour la Prévention Interne/Externe – Surveillance Médicale:** |
| Nom : |       |
| Adresse : |       |
| Tél. : |       |
| Fax : |       |
| Médecin responsable : |       |

|  |
| --- |
| **B. Identification de l'employé/employeur :** |
| Nom et prénom : |       |
| Lieu et date de naissance : |       |
| Nationalité : |       |
| Nom et adresse de la firme : |       |
| Tél. : |       |
| Fax : |       |

|  |
| --- |
| **C. Antécédents médicaux :** |
| *
 |
| *
 |

|  |
| --- |
| **D. Interventions chirurgicales :** |
| *
 |
| *
 |

|  |
| --- |
| **E. Accidents du travail/éventuelles expositions accidentelles et contaminations radioactives :** |
| *
 |
| *
 |

|  |
| --- |
| **F. Examens médicaux et traitements impliquant les rayonnements ionisants :** |
| *
 |
| *
 |

|  |
| --- |
| **G. Antécédents professionnels en relation avec l'exposition aux rayonnements ionisants :** |
| *
 |
| *
 |

|  |
| --- |
| **H. Examen médical :** |
| Date du dernier examen : |       |
| * Synthèse des conclusions :
 |  |
|       |
| * Limitations éventuelles quant à l'aptitude :
 |
| * pour porter des tenues pressurisées, autres appareils de protection (respiratoire) :
 |
| * pour l'exécution des tâches de sécurités :
 |

|  |
| --- |
| **I. Grossesse et allaitements:** |
| Les employées doivent être informées des restrictions en cas de grossesse et d'allaitements aux seins. Dans ce cas, contacter le Service de Médicine du Travail du SCK CEN. |

|  |
| --- |
| **J. Dernière analyse sanguine** (joindre protocole en annexe) **:** |
| NOTE: LA VALIDITE DES ANALYSES SANGUINES EST LIMITEE A 6 MOIS POUR LES TRAVAUX EN ZONES CONTROLEES ! |
| Date : |       | Hb : |       | g % |
|  |  | Erythrocytes : |       | /mm³ |
|  |  | Thrombocytes : |       | /mm³ |
|  |  | Réticulocytes : |       | ‰ |
| Leucocytes : |       | /mm³ |  |  |
| Formule leucocytaire | Neutr : |       | % |
|  | Ly : |       | % |
|  | Eo : |       | % |
|  | Baso : |       | % |
|  | Mono : |       | % |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du médecin | Date | Signature et cachet |
|       |       |  |
|  |  |  |