

Questionnaire en vue de l'investigation systématique des symptômes

QUESTIONNAIRE EN VUE DE L'INVESTIGATION SYSTÉMATIQUE DES SYMPTÔMES

*Nous vous demandons quelques minutes de votre temps pour compléter ce questionnaire. Les résultats de ce questionnaire aideront l'équipe de prévention et d'intervention sur la qualité de l'air à compléter l'évaluation de notre milieu. Il importe au plus haut point de le remplir **très consciencieusement** en rapportant le plus exactement possible ce que vous avez éprouvé.*

L'équipe de prévention et d'intervention en qualité de l'air.

Identification de l'établissement scolaire : _____

Zone où est situé le poste de travail : _____

I. VOTRE PERCEPTION DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Les réponses sont graduées de 1 à 5. Lorsque vous répondez 1, cela signifie que vous êtes très insatisfait de la situation, alors que si vous répondez 5, cela indique que vous êtes satisfait, sauf pour la question 9 où 1 signifie beaucoup et 5 pas du tout.

1. Température ambiante	1	2	3	4	5
2. Mouvement de l'air	1	2	3	4	5
3. Changements de température	1	2	3	4	5
4. Humidité de l'air	1	2	3	4	5
5. Qualité générale de l'air	1	2	3	4	5
6. Intensité lumineuse	1	2	3	4	5
7. Satisfaction à l'égard de votre aire de travail	1	2	3	4	5
8. Propreté de votre aire de travail (poussières, surfaces)	1	2	3	4	5
9. Dans quelle mesure votre aire de travail nuit-elle à votre capacité de travail?	1	2	3	4	5
10. Vous est-il possible de contrôler les éléments suivants pour votre poste de travail?					
ventilation	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	humidité	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
température	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	éclairage	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

II. VOTRE SANTÉ

11. Présentement, faites-vous usage de cigarettes?
oui, régulièrement oui, à l'occasion non, jamais

Si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour?

nombre de cigarettes : _____

12. Avez-vous pris ou reçu un médicament dans la dernière année pour de l'asthme, de l'eczéma ou le rhume des foins?
oui non

13. Avez-vous pris ou reçu un médicament antibiotique pour un problème de sinus au cours de la dernière année?
 oui non
14. Si vous portez des lentilles cornéennes, éprouvez-vous, au travail, des difficultés à les porter?
 oui non
15. Avez-vous déjà éprouvé au travail seulement l'un des symptômes ou problèmes suivants, au moins 2 à 3 fois par semaine?
- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a. mal de tête | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| b. sécheresse du nez ou de la gorge, écoulement nasal, éternuements ou congestion nasale | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| c. irritation des yeux (brûlements, yeux secs) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| d. symptômes respirations (essoufflement, oppression de la poitrine, sifflement respiratoire) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| e. problème de peau (sécheresse, irritation, démangeaison) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| f. difficulté de concentration | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| g. sensation de fatigue | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| h. saignement du nez | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| i. vertige ou étourdissement | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
16. Diriez-vous que ces symptômes nuisent à votre travail?
 non ils m'empêchent de travailler aussi bien que je le voudrais
 très peu ils m'empêchent de travailler au point où je dois quitter le milieu de travail
17. Avez-vous déjà consulté un médecin pour ces symptômes?
 oui non
18. Avez-vous déjà reçu un traitement médical pour ces symptômes?
 oui non
19. Travaillez-vous toujours dans le même milieu scolaire (école)?
 oui non
20. Combien d'heures par semaine passez-vous dans la zone de votre poste de travail?
 _____ heures

Commentaires :
