



Enquête TMS

Nom de l'entreprise : _____

Description du poste de travail : _____

Age : _____ Genre : Femme Homme X

Depuis combien d'années faites vous le travail que vous avez aujourd'hui ? _____

Depuis combien d'années travaillez-vous, toute entreprise confondues ? _____

Avez-vous :

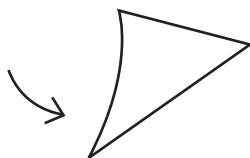
- Un contrat à durée déterminée
- Un contrat à durée indéterminée
- Un contrat étudiant
- Intérimaire

En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous ? _____

FGTB

Centrale Générale

Ensemble, on est plus forts

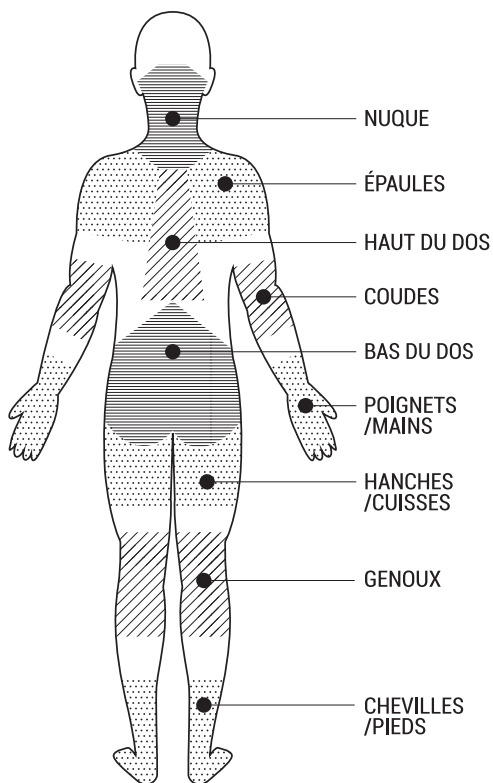


Avez-vous eu des problèmes de courbatures, de douleurs, de gênes, d'engourdissement au niveau des zones du corps suivantes

... au cours des 12 derniers mois ?

... au cours des 7 derniers jours ?

REGION	OUI	NON	DROITE	GAUCHE	LES 2	OUI	NON	DROITE	GAUCHE	LES 2
Nuque / Cou										
Épaule / Bras										
Coude / Avant-bras										
Poignet / Main										
Doigts										
Haut du dos										
Bas du dos										
Hanche / Cuisse										
Genou / Jambe										
Cheville / Pied										



Avez-vous au cours des 12 derniers mois :

consulté un médecin pour ce problème ?

Oui Non

bénéficié d'un traitement pour ce problème ? (médicament, kiné...)

Oui Non

interrompu le travail en raison de ce problème ?

Oui Non

REGION	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nuque / Cou											
Épaule / Bras											
Coude / Avant-bras											
Poignet / Main											
Doigts											
Haut du dos											
Bas du dos											
Hanche / Cuisse											
Genou / Jambe											
Cheville / Pied											

Comment ressentez-vous ces problèmes **au moment de remplir ce questionnaire**, sur une échelle de **0 (ni gêne, ni douleur) à 10 (douleur insupportable)** ?