



ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

## Questionnaire médical d'admission pour le personnel

En vertu de l'article 28 de la Loi sur le personnel de l'Etat, tout/e nouveau/elle collaborateur/trice doit se soumettre à un examen médical avant son entrée en fonction afin de déterminer si son état de santé lui permet d'exercer l'activité prévue.

Par conséquent, nous vous prions de compléter le questionnaire ci-dessous et de l'envoyer non-agrafé au/à la médecin-conseil de l'Etat de Fribourg, Case postale 119, 1701 Fribourg, avec la mention « Confidentiel » (+41 26 555 09 13). Il ne peut être examiné et détenu que par celui-ci ou celle-ci. Sur la base du questionnaire, le/la médecin-conseil détermine si des informations supplémentaires ou une consultation auprès d'un/e spécialiste/médecin-traitant s'avèrent nécessaires.

Ce document est soumis au secret professionnel médical.

Tous les renseignements et résultats seront gardés et protégés chez le/la médecin-conseil. Seule l'appréciation finale du/de la médecin-conseil (dernière page du présent document) sera communiquée à l'employeur et au/à la candidat/e.

Une déclaration fautive relative à l'état de santé constitue un juste motif de renvoi au sens de l'art. 44 LPers et 32 RPers (cf. art. 26 al. 4 RPers).

*Veillez écrire lisiblement SVP (ce formulaire est également disponible en version électronique à l'adresse <https://www.fr.ch/dfin/spo> > Législation sur le personnel de l'Etat de Fribourg > Documents d'engagement)*

### Données personnelles

---

Nom et prénom du candidat: \_\_\_\_\_

Adresse privée : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  masculin  féminin

Profession exercée à l'Etat de Fribourg : \_\_\_\_\_

Pourcentage du contrat : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en fonction : \_\_\_\_\_

Service / Etablissement : \_\_\_\_\_

## Antécédents personnels

En cas d'incompréhension d'une question d'ordre médical, veuillez voir avec votre médecin traitant.

Avez-vous eu les affections suivantes ?

- > Maladies des poumons et des bronches (asthme, bronchite chronique, tuberculose, etc.)  
oui  non
- > Angine de poitrine, maladie du cœur, infarctus, malformation du cœur, troubles de la circulation périphérique, hypertension artérielle oui  non
- > Epilepsie, paralysies, troubles psychiques, dépressions, épuisement (« burn-out »), tentative de suicide, autres troubles du système nerveux (p.ex. sclérose en plaques), attaque cérébrale  
oui  non
- > Maladies des oreilles : oui  non
- > Maladies des yeux : oui  non
- > Maladies des os, des articulations, rhumatismes, affection de la colonne vertébrale, hernie discale, douleurs dorsales, amputation, etc. : oui  non
- > Maladies des reins, de la prostate, de la vessie : oui  non
- > Maladies des organes reproducteurs : oui  non
- > Maladies infectieuses (hépatites, infection par VIH/HIV, tuberculose, etc.) : oui  non
- > Tumeur, cancer, leucémie : oui  non
- > Dépendance aux médicaments, aux drogues, à l'alcool : oui  non   
Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_
- > Maladies du système digestif (ulcère d'estomac, maladies du foie, du pancréas, colite, etc.) :  
oui  non
- > Maladies chroniques de la peau (eczémas allergiques, etc.) : oui  non
- > Maladies du sang (troubles de la coagulation, thromboses, embolies, etc.) : oui  non
- > Maladies du métabolisme (diabète, excès de cholestérol, troubles hormonaux, etc.) :  
oui  non
- > Autres maladies ou infirmités (par ex. malformation) : oui  non

Pour tous les points auxquels vous avez répondu oui, précisez la date, le nom de la maladie, le traitement / l'évolution, le nom du médecin traitant (coordonnées complètes si possible)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Avez-vous eu un accident entraînant une incapacité de travail ? oui  non

Précisez la date, les lésions subies, la durée de l'incapacité de travail, d'éventuelles séquelles, l'institution /le médecin relatif, l'assurance prenant en charge l'arrêt de travail

---

---

---

---

Au cours des 5 dernières années, avez-vous été incapable de travailler pendant plus de 3 semaines consécutives à cause d'une maladie ? oui  non

Si oui, quand et pour quelle maladie ? Quel médecin a certifié votre arrêt de travail ?

---

---

---

---

Durant les 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé ? oui  non

Si oui, quand, où et pour quelles raisons ?

---

---

---

---

Quelle/s profession/s avez-vous exercées précédemment ?

---

---

---

Avez-vous rencontré des difficultés de santé en lien avec le travail ? oui  non

Si oui, de quelle nature ?

---

Avez-vous quitté votre dernière fonction pour des raisons de santé ou sur le conseil d'un médecin ? oui  non

Si oui, expliquez les raisons

---

---

Avez-vous une invalidité, une infirmité ou une séquelle de maladie ou d'accident ?

oui

non

Si oui, laquelle ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà eu contact avec l'assurance invalidité (AI) oui

non

Si oui, quand et auprès de quelle caisse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous d'une rente d'invalidité ?

oui

non

Si oui, précisez depuis quelle date et le degré d'invalidité : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre capacité de travail est-elle réduite ?

oui

non

Si oui, dans quel contexte et à quel pourcentage ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durant les 5 dernières années, avez-vous été ou êtes-vous en traitement chez un médecin, un chiropraticien, un ostéopathe, un physiothérapeute, un psychologue ? oui  non

Si oui, précisez les noms et adresses des thérapeutes/médecins, les raisons et les dates :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-ce que ce traitement est terminé ?

oui

non

(oui : date / non : durée envisagée)

\_\_\_\_\_

Actuellement, vous considérez-vous (cocher ce qui convient) :

- malade \*
- en médiocre état de santé \*
- en état de santé relativement satisfaisant \*
- en bon état de santé

\* Précisez les raisons \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prenez-vous occasionnellement / régulièrement des médicaments? oui  non

Si oui, lesquels ?

occasionnellement	régulièrement
.....	.....
.....	.....
.....	.....

Consommez-vous des boissons alcooliques (bière, vin, eaux-de-vie, alcopops, etc):  
jamais  occasionnellement  régulièrement

Fumez-vous ? oui  non

Si oui, combien de cigares, cigarettes ou pipes par jour ? \_\_\_\_\_

Consommez-vous des stupéfiants ? oui  non

Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_

Quand pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

Si vos habitudes vous obligent d'affirmer une consommation régulière et non-négligeable, ou s'il vous est difficile de répondre à ces questions, vous avez la possibilité de vous adresser au médecin-conseil du personnel de l'Etat de Fribourg, afin d'évaluer l'intérêt d'une prise en charge dans le but d'une prévention précoce, par mail ([medicale@cpef.ch](mailto:medicale@cpef.ch)) ou par courrier joint en annexe de ce questionnaire.

Pratiquez-vous un (des) sport-s ? oui  non

Si oui, lesquels ?

occasionnellement	régulièrement	intensivement
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Taille en cm : \_\_\_\_\_

Poids en kg : \_\_\_\_\_

Existait-il une réserve de santé auprès de votre institution de prévoyance précédente ?

oui

non

Si oui, depuis quand ? \_\_\_\_\_ Pour quelle durée ? \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Remarques :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Le/la soussigné(e) certifie avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions précédentes. Il/elle autorise le/la médecin-conseil à se renseigner confidentiellement auprès des médecins dont les noms ont été indiqués et déliés, pour la circonstance, du secret professionnel / médical (exclusivement envers le médecin-conseil).**

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Appréciation finale du/de la médecin-conseil qui n'enverra que cette page à l'employeur et au/à la candidat/e**

---

Nom et prénom :

Date de naissance :

Fonction :

Service :

Formulaire reçu le :

Décision prise le :

Apte pour le travail contractuel :	Oui	<input type="checkbox"/>
	Non	<input type="checkbox"/>

Remarques éventuelles concernant la capacité de travail :

Date :

Signature du médecin-conseil :