*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](mailto: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 |
|  |  |  |
|  |  |  |