

# POCHETTE D'INFORMATION

**À L'ATTENTION DU MÉDECIN**  
effectuant l'examen de préembauche du travailleur assujéti au  
Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines

Voici les examens à réaliser et prévus au règlement en vue de la délivrance ou non du certificat de santé pulmonaire.

L'examen de santé pulmonaire de préembauche comprend les éléments suivants :

- Annexe I Un questionnaire médical
- Annexe II Un examen physique
- Annexe III Une radiographie pulmonaire
- Annexe IV Des épreuves de fonctions respiratoires
- Annexe V La délivrance du certificat de santé pulmonaire



## **ANNEXE I**

### **QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Veillez noter que ce questionnaire est extrait de la partie I de l'annexe I du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines.

**IL NE PEUT DONC ÊTRE MODIFIÉ.**



## **QUESTIONNAIRE MÉDICAL**

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (code postal)

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Intervieweur/intervieweuse \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### **RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES**

i. Date de naissance \_\_\_\_\_  
  année                        mois                        jour

ii. Sexe 1. masculin \_\_\_\_\_ 2. féminin \_\_\_\_\_

iii. Race 1. blanche \_\_\_\_\_

2. noire \_\_\_\_\_

3. orientale \_\_\_\_\_

4. amérindienne \_\_\_\_\_

5. autres (préciser) \_\_\_\_\_

iv. Nom et adresse de votre employeur

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

v. Métier, profession

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

## **TROUBLES RESPIRATOIRES**

Les questions suivantes concernent principalement vos poumons. Vous êtes prié de répondre autant que possible par oui ou non. Si vous hésitez entre oui et non, répondez non.

### **1. TOUX**

A. Avez-vous l'habitude de tousser? (Tenez compte de la toux provoquée par la première cigarette ou par la première sortie à l'extérieur (s'éclaircir la voix (ou la gorge) ne compte pas).

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu non, passez à la question C.**

B. Avez-vous l'habitude de tousser au moins 4 à 6 fois par jour pendant 4 jours ou plus par semaine?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. Avez-vous l'habitude de tousser en vous levant ou en vous réveillant le matin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

D. Avez-vous l'habitude de tousser pendant le reste de la journée ou pendant la nuit?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à au moins une des questions 1 A, B, C ou D, répondez aux suivantes.**

**Si vous avez répondu non, passez à la question 2 A.**

E. Avez-vous l'habitude de tousser comme cela la plupart du temps pendant au moins trois mois de suite chaque année?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

F. Depuis combien d'années avez-vous cette toux? Nombre d'années \_\_\_\_\_

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**2. EXPECTORANTS (crachats)**

A. Avez-vous l'habitude de ramener des crachats qui viennent des poumons? (Tenir compte des crachats causés par la première cigarette de la journée ou par la première sortie à l'extérieur. Négligez les crachats venant du nez. Tenir compte des crachats avalés.)

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu non, passez à la question C.**

B. Avez-vous l'habitude de ramener des crachats qui viennent des poumons au moins 2 fois par jour pendant 4 jours ou plus par semaine?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. Avez-vous l'habitude de ramener des crachats qui viennent des poumons en vous levant ou en vous réveillant le matin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

D. Avez-vous l'habitude de ramener des crachats qui viennent des poumons pendant le reste de la journée ou pendant la nuit?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à au moins une des questions 2 A, B, C ou D répondez aux suivantes. Si vous avez répondu non, passez à la question 3 A.**

E. Ramenez-vous des crachats comme cela la plupart du temps pendant au moins 3 mois de suite chaque année?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

F. Depuis combien de temps crachez-vous ainsi?

Nombre d'années \_\_\_\_\_

### 3. PÉRIODES DE TOUX AVEC CRACHATS

A. Avez-vous déjà eu des périodes de toux avec crachats (augmentés\*) d'une durée de 3 semaines ou plus chaque année?

\* (pour les personnes qui ont l'habitude de tousser et/ou de ramener des crachats de leurs poumons).

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

#### Si vous avez répondu oui à la question 3A

B. Pendant combien d'années avez-vous eu ce genre de périodes?

Nombre d'années \_\_\_\_\_

### 4. SIFFLEMENT DANS LES POUMONS

(Respiration sifflante)

Entendez-vous parfois des sifflements ou des « silements » dans vos poumons?

A. Lorsque vous avez un rhume?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

B. Parfois, même lorsque vous n'avez pas de rhume?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. La plupart du temps?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

#### Si vous avez répondu oui à 4A, B ou C

D. Depuis combien de temps en souffrez-vous?

Nombre d'années \_\_\_\_\_



5. A. Avez-vous déjà subi une crise de sifflements (silements) qui vous ait essoufflé?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 5A**

B. Quel âge aviez-vous lors de la première crise?

Âge \_\_\_\_\_

C. Avez-vous déjà eu plus d'une crise?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

D. Avez-vous déjà eu besoin de médicaments ou de traitements pour cette (ces) crise (s)?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

## 6. ESSOUFFLEMENT

Si vous souffrez de quelque maladie autre que cardiaque ou pulmonaire, qui vous empêche de marcher normalement, décrivez-la.

Nature de la maladie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A. Vous essoufflez-vous même en terrain plat ou quand vous montez une pente légère?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à la question 6A**

B. Devez-vous marcher plus lentement que les gens de votre âge en terrain plat parce que vous devenez essoufflé?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. Vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre votre souffle quand vous marchez à votre rythme en terrain plat?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

D. Vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre votre souffle après avoir marché environ 100 mètres (ou après quelques minutes) en terrain plat?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

E. Êtes-vous trop essoufflé pour quitter la maison ou vous essoufflez-vous en vous habillant ou en vous déshabillant?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

F. Depuis combien d'années vous essoufflez-vous comme cela?

Nombre d'années \_\_\_\_\_

## 7. RHUMES DE POITRINES ET MALADIES PULMONAIRES

A. Lorsque vous attrapez un rhume, s'agit-il la plupart du temps d'un rhume de poitrine? (La plupart du temps veut dire ici plus de la moitié du temps).

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_ 3. Je n'ai jamais de rhume \_\_\_\_\_

B. Au cours des trois dernières années, avez-vous eu une maladie des poumons qui vous ait empêché de travailler ou obligé à rester à la maison ou au lit?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

### Si vous avez répondu oui à 7 B

C. Avez-vous ramené des crachats de vos poumons pendant l'une ou l'autre de ces maladies pulmonaires?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

D. Au cours des trois dernières années, combien de ces maladies, avec augmentation de la quantité des crachats, ont duré une semaine ou plus?

Nombre de maladies \_\_\_\_\_ Aucune maladie \_\_\_\_\_

## **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

8. Avez-vous déjà contracté une maladie des poumons avant l'âge de 16 ans?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

9. A. Avez-vous déjà souffert de bronchite aiguë?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

### **Si vous avez répondu oui à 9A**

B. La maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. À quel âge remonte votre première bronchite aiguë?

1. Âge \_\_\_\_\_

10. A. Avez-vous déjà souffert de pneumonie? (Compter les broncho-pneumonies)

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

### **Si vous avez répondu oui à 10A**

B. La maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. À quel âge avez-vous eu votre première pneumonie?

Âge \_\_\_\_\_

11. A. Avez-vous déjà souffert du rhume des foies?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 11A**

B. L'allergie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. À quel âge avez-vous commencé à en souffrir?

Âge \_\_\_\_\_

12. A. Avez-vous déjà souffert de bronchite chronique?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 12A**

B. En souffrez-vous toujours?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. La maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

D. À quel âge avez-vous commencé à en souffrir?

Âge \_\_\_\_\_

13. A. Avez-vous déjà souffert d'emphysème?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 13A**

B. En souffrez-vous toujours?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. La maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

D. À quel âge avez-vous commencé à en souffrir?

Âge \_\_\_\_\_

14. A. Avez-vous déjà souffert d'asthme?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 14A**

B. En souffrez-vous toujours?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. La maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

D. À quel âge avez-vous commencé à en souffrir?

Âge \_\_\_\_\_

E. Si vous n'en souffrez plus, à quel âge votre asthme a-t-il cessé?

Âge \_\_\_\_\_

F. Avez-vous actuellement besoin de traitements ou de médicaments contre l'asthme?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

15. A. Avez-vous déjà souffert de tuberculose pulmonaire?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 15A**

B. La maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. À quel âge avez-vous commencé à en souffrir?

Âge \_\_\_\_\_

D. Quelle sorte de traitement avez-vous suivie?

1. aucun \_\_\_\_\_
2. médicaments \_\_\_\_\_
3. opération \_\_\_\_\_
4. autres (préciser) \_\_\_\_\_

E. Quelle a été la durée du traitement?

1. En mois \_\_\_\_\_

16. A. Avez-vous déjà souffert de pleurésie?

1. oui \_\_\_\_\_
2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 16A**

B. La maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_
2. non \_\_\_\_\_

C. À quel âge avez-vous eu votre première pleurésie?

Âge \_\_\_\_\_

17. A. Avez-vous déjà souffert de troubles de sinus?

1. oui \_\_\_\_\_
2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 17A**

B. Les troubles ont-ils été diagnostiqués par un médecin?

1. oui \_\_\_\_\_
2. non \_\_\_\_\_

C. À quel âge avez-vous commencé à en souffrir?

Âge \_\_\_\_\_

18. Avez-vous déjà

A. Eu d'autres maladies des poumons?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

Si oui, préciser \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À quel âge \_\_\_\_\_

B. Subi une opération à la poitrine ou aux poumons?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

Si oui, préciser \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À quel âge \_\_\_\_\_

C. Subi des blessures à la poitrine?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

Si oui, préciser \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

À quel âge \_\_\_\_\_

19. A. Un médecin a-t-il déjà diagnostiqué chez vous des troubles cardiaques?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 19A**

B. Avez-vous été soigné pour des troubles cardiaques au cours des 10 dernières années?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

Si oui, préciser \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. A. Un médecin a-t-il déjà diagnostiqué chez vous de l'hypertension? (haute pression)

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 20A**

B. Avez-vous été soigné pour de l'hypertension au cours des dernières années?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**CONSOMMATION DE TABAC**

21. Cigarette

A. Avez-vous déjà fumé la cigarette? « Non » signifie moins de 20 paquets de cigarettes ou 400 grammes de tabac au cours de votre vie, ou moins d'une cigarette par jour pendant un an).

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 21A**

B. Fumez-vous actuellement la cigarette ou avez-vous fumé depuis un mois?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à fumer la cigarette régulièrement?

Âge \_\_\_\_\_

D. Si vous avez complètement cessé de fumer la cigarette, quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté?

Âge \_\_\_\_\_

Cochez si vous fumez toujours \_\_\_\_\_

E. Combien de cigarettes fumez-vous par jour actuellement?

Nombres de cigarettes \_\_\_\_\_



F. Pendant tout le temps que vous avez fumé, combien de cigarettes fumiez-vous par jour, en moyenne?

Nombres de cigarettes \_\_\_\_\_

G. Est-ce que vous respirez ou respiriez la fumée?

1. pas du tout \_\_\_\_\_

2. peu \_\_\_\_\_

3. modérément \_\_\_\_\_

4. profondément \_\_\_\_\_

H. Fumiez-vous des cigarettes à bouts filtres?

0. jamais \_\_\_\_\_

1. moins que la moitié du temps \_\_\_\_\_

2. la moitié du temps \_\_\_\_\_

3. plus que la moitié du temps \_\_\_\_\_

4. toujours \_\_\_\_\_

I. Pendant tout le temps que vous avez fumé, quelle sorte de cigarettes fumiez-vous la plupart du temps?

1. ordinaire \_\_\_\_\_

2. long format (king size) \_\_\_\_\_

3. rouleuse (roulée à la main) \_\_\_\_\_

## 22. PIPE

A. Avez-vous déjà fumé la pipe régulièrement?

« Oui » signifie plus de 400 grammes ou 8 blagues de tabac durant votre vie.

1. oui \_\_\_\_\_

2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 22A**

B. Fumez-vous actuellement la pipe ou l'avez-vous fumé depuis un mois?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à fumer la pipe régulièrement?

Âge \_\_\_\_\_

D. Si vous avez complètement cessé de fumer la pipe, quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté?

Âge \_\_\_\_\_ Cochez si vous fumez toujours la pipe \_\_\_\_\_

E. Combien de grammes de tabac fumez-vous par semaine actuellement?

\_\_\_\_\_ grammes par semaine (une blague contient 50 grammes de tabac).

F. Pendant tout le temps que vous avez fumé la pipe, quelle quantité de tabac fumiez-vous par semaine, en moyenne?

\_\_\_\_\_ grammes par semaine (une blague contient 50 grammes de tabac).

G. Est-ce que vous respirez ou respiriez la fumée?

1. pas du tout \_\_\_\_\_

2. peu \_\_\_\_\_

3. modérément \_\_\_\_\_

4. profondément \_\_\_\_\_

23. Cigare/cigarillo

A. Avez-vous déjà fumé le cigare ou le cigarillo régulièrement? (« Oui » signifie plus d'un cigare ou cigarillo par semaine pendant un an).

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

**Si vous avez répondu oui à 23A**

B. Fumez-vous actuellement le cigare ou en avez-vous fumé depuis un mois?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

C. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à fumer le cigare régulièrement?

Âge \_\_\_\_\_

D. Si vous avez complètement cessé de fumer le cigare, quel âge aviez-vous quand vous avez arrêté?

Âge \_\_\_\_\_ Cochez si vous fumez toujours le cigare \_\_\_\_\_

E. Combien de cigares fumez-vous par semaine, actuellement?

Nombre de cigares \_\_\_\_\_

F. Pendant tout le temps que vous en avez fumé, combien de cigares par semaine fumiez-vous, en moyenne?

Nombre de cigares \_\_\_\_\_

G. Est-ce que vous respirez ou respiriez la fumée?

1. pas du tout \_\_\_\_\_  
2. peu \_\_\_\_\_  
3. modérément \_\_\_\_\_  
4. profondément \_\_\_\_\_

H. Quelle sorte de cigares fumiez-vous la plupart du temps?

1. mini (longueur cigarette) \_\_\_\_\_  
2. petit (cigarillo) \_\_\_\_\_  
3. grand (vrai cigare) \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

24. Une maladie pulmonaire chronique a-t-elle été diagnostiquée chez un membre de votre famille :

	<b>Père</b>	<b>Mère</b>	<b>Frères et sœurs</b>
1.	oui	3. oui	5. oui
2.	non	4. non	6. non
3.	ne sais pas	3. ne sais pas	3. ne sais pas

A. Bronchite chronique \_\_\_\_\_

B. Emphysème \_\_\_\_\_

C. Asthme \_\_\_\_\_

D. Cancer des poumons \_\_\_\_\_

E. Tuberculose \_\_\_\_\_

F. Autres maladies  
respiratoires \_\_\_\_\_

G. Eczéma ou urticaire \_\_\_\_\_

H. Rhume des foins \_\_\_\_\_

25. Vos parents sont-ils toujours vivants?

**Père**

**Mère**

1. oui \_\_\_\_\_

1. oui \_\_\_\_\_

2. non \_\_\_\_\_

2. non \_\_\_\_\_

3. ne sais pas \_\_\_\_\_

3. ne sais pas \_\_\_\_\_

26. Si vos parents sont morts, veuillez préciser la cause de leur décès.

Père \_\_\_\_\_

Mère \_\_\_\_\_

27. Veuillez préciser l'âge actuel de vos parents ou l'âge à leur décès, s'ils sont morts.

Âge de votre père \_\_\_\_\_

Âge de votre mère \_\_\_\_\_

## MILIEU DE TRAVAIL

28. A. Avez-vous déjà travaillé à plein temps (30 heures par semaine ou plus pendant 6 mois ou plus)?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

### **Si vous avez répondu oui à 28A**

B. Avez-vous déjà travaillé dans un lieu poussiéreux durant un an ou plus?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

Préciser le genre de travail et le secteur de l'industrie

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

Nombre d'années de travail \_\_\_\_\_

L'exposition à la poussière était-elle

1. légère \_\_\_\_\_ 2. modérée \_\_\_\_\_ 3. grave \_\_\_\_\_

C. Avez-vous déjà été exposé à des gaz ou à des fumées chimiques à votre travail?

1. oui \_\_\_\_\_ 2. non \_\_\_\_\_

Préciser le genre de travail et le secteur de l'industrie

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

Nombre d'années de travail \_\_\_\_\_

L'exposition était-elle

1. légère \_\_\_\_\_ 2. modérée \_\_\_\_\_ 3. grave \_\_\_\_\_

D. Quelle était votre profession habituelle, celle que vous avez exercée le plus longtemps?

1. Profession \_\_\_\_\_

2. Nombre d'années d'exercice \_\_\_\_\_
3. Poste et titre de l'emploi \_\_\_\_\_
4. Domaine ou industrie \_\_\_\_\_

E. Quel est votre travail ou votre travail le plus récent?

1. Profession \_\_\_\_\_
2. Nombre d'années d'exercice \_\_\_\_\_
3. Poste et/ou titre de l'emploi \_\_\_\_\_
4. Domaine ou industrie \_\_\_\_\_
5. Exercez-vous toujours cette profession? \_\_\_\_\_
  1. non \_\_\_\_\_
  2. oui, à temps plein \_\_\_\_\_
  3. oui, à temps partiel \_\_\_\_\_
6. Si vous n'exercez plus cette profession, quel âge aviez-vous au moment où vous l'avez quittée? \_\_\_\_\_

29. De quand date votre dernier rhume ou grippe?

1. J'ai le rhume ou la grippe actuellement \_\_\_\_\_
2. Depuis 1 à 2 semaines \_\_\_\_\_
3. Depuis 3 à 4 semaines \_\_\_\_\_
4. Depuis 5 à 6 semaines \_\_\_\_\_
5. Depuis plus de 6 semaines \_\_\_\_\_

## **ANNEXE II**

### **EXAMEN PHYSIQUE**

Veillez noter que les éléments de l'examen physique sont extraits de la partie II de l'annexe I du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines.

**ILS NE PEUVENT DONC ÊTRE MODIFIÉS**





## **EXAMEN PHYSIQUE**

1. Détermination du poids et de la taille.
2. Détermination de la tension artérielle et du pouls.
3. Examen physique du cœur comprenant, notamment, une auscultation orientée spécifiquement vers la recherche des arythmies, des souffles et des bruits anormaux.
4. Examen physique des poumons comprenant, notamment, une auscultation orientée vers la recherche de la qualité du murmure vésiculaire et de la présence de ronchis et de râles.



Numéro de dossier	
-------------------	--

## EXAMEN CARDIOPULMONAIRE DE PRÉ-EMBAUCHE

Établissement :	Nom	
	Nom du père	
	Nom de la mère	
	Date naissance	
	Adresse	
	Téléphone	

EXAMEN PHYSIQUE					CODES
Poids	Taille	Rythme respiratoire	Pouls	T.A.	RI : Râles inspiratoires RE : Râles expiratoires F : Fins M : Moyens G : Grossiers P : Persistants après avoir fait tousser le sujet NP : Non persistants après avoir fait tousser le sujet RO : Ronchis N : Normal
kg	cm	min.	min.		
Cœur	Bruit <input type="checkbox"/> Oui	Code	Souffle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Poumons	Murmure vésiculaire <input type="checkbox"/> Oui		Râles et ronchis <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Code	

IMPRESSION CLINIQUE

Signature \_\_\_\_\_ No de pratique \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**ANNEXE III**

**RADIOGRAPHIE PULMONAIRE**



## **INFORMATION SUR LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE** **à l'attention du médecin effectuant les examens de préembauche**

Lors de la réalisation d'une radiographie pulmonaire effectuée dans le cadre du Règlement des examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines (RESPTM), **celle-ci doit être effectuée par un appareil radiologique de type argentique selon les critères stricts, établis par le Bureau international du Travail (BIT). De plus, la lecture de la radiographie doit être effectuée par un radiologiste spécialisé appelé lecteur B.**

Des changements technologiques faisant en sorte que la radiographie pulmonaire de type numérique soit celle désormais utilisée dans le réseau de santé québécois ont amené l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à développer des critères d'examen et de lecture précisément pour la radiographie pulmonaire de ce type afin d'être conforme aux critères du BIT. Ce service, dispensé actuellement par le laboratoire mobile de radiologie pulmonaire de l'INSPQ, s'adresse aux travailleurs identifiés dans le programme de santé spécifique à l'établissement dont la responsabilité revient aux médecins responsables du Réseau de santé publique en santé au travail.

Afin que le travailleur soumis aux examens de préembauche prévus au RESPTM puisse subir sa radiographie pulmonaire dans la région en utilisant les services du laboratoire mobile, une entente a été prise entre l'employeur visé et le médecin responsable de l'établissement, la D<sup>re</sup> Marie-Andrée Pigeon, médecin responsable en santé au travail, CISSS du Bas-Saint-Laurent, afin que cette dernière prescrive la radiographie. **Après sa lecture par le lecteur B et sur réception du résultat acheminé au D<sup>re</sup> Pigeon, celle-ci vous fera suivre le résultat en tant que médecin effectuant l'ensemble des examens de préembauche afin que vous assuriez le suivi auprès du travailleur et émettiez ou non le certificat de santé pulmonaire requis pour le travail.**

Vous trouverez à la page suivante le nom des infirmières du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent où sont desservis les services de santé au travail de la région. Advenant des questionnements, vous pouvez joindre l'infirmière concernée ou vous adresser directement à D<sup>re</sup> Marie-Andrée Pigeon, selon les coordonnées téléphoniques suivantes : 418 868-1010, poste 2394.

## **SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL DE LA RÉGION DU BAS-SAINT-LAURENT**

### **MRC de Rivière-du-Loup et MRC des Basques**

Guylaine Jalbert, infirmière clinicienne  
Isabelle Dumont, infirmière clinicienne  
Service de santé au travail du Réseau de santé publique en santé au travail  
CISSS, CLSC Rivières et marées (Territoires des Basques et de Rivière-du-Loup)  
22, rue Saint-Laurent  
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4W5  
418 867-2913, postes 332 et 331

### **MRC de Kamouraska**

Élaine Garon, infirmière clinicienne  
Service de santé au travail du Réseau de santé publique en santé au travail  
CISSS, CLSC de Saint-Pascal  
595, avenue Martin  
Saint-Pascal (Québec) G0L 3Y0  
418 856-7000, poste 3155

### **MRC de TÉMISCOUATA**

Johanne Jalbert, infirmière  
Service de santé au travail du Réseau de santé publique en santé au travail  
CISSS, CLSC de Dégelis  
103, 7<sup>e</sup> Rue  
Dégelis (Québec) G5T 1Y6  
418 853-2354, poste 13201

### **MRC Rimouski-Neigette et MRC de La Mitis**

Janique Plourde, infirmière clinicienne  
Valérie Gagnon, infirmière clinicienne  
Service de santé au travail du Réseau de santé publique en santé au travail  
CISSS, CLSC de Rimouski-Neigette (Territoires de la Mitis et de Rimouski-Neigette)  
180, rue des Gouverneurs, bureau 008  
Rimouski (Québec) G5L 8G1  
418 724-7204, postes 5531 et 5534

### **MRC de la Matapédia**

Benoit Côté, infirmier  
Service de santé au travail du Réseau de santé publique en santé au travail  
CISSS, Centre d'hébergement Marie-Anne Ouellet (Matapédia)  
6, rue Turbide  
Lac-au-Saumon (Québec) G0J 1M0  
418 778-5816, poste 259

### **MRC de Matane**

Sylvie Gendron, infirmière clinicienne  
Service de santé au travail du Réseau de santé publique en santé au travail  
CISSS, CLSC de Matane  
349, avenue Saint-Jérôme  
Matane (Québec) G4W 3A8  
418 562-5741, poste 6233



## **ANNEXE IV**

### **ÉPREUVES DE FONCTIONS RESPIRATOIRES**

**Veillez noter que les examens demandés sont extraits du  
Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines**



## **ÉPREUVES DE FONCTIONS RESPIRATOIRES**

Voici les épreuves demandées dans le règlement à la section I (Examen de santé pulmonaire de préembauche) du chapitre III :

Des épreuves de fonctions respiratoires, dont :

- Une mesure de la **capacité vitale forcée (CVF)**, du **débit expiratoire maximal-seconde (VEMS)** et du **débit expiratoire maximal médian (DEMM)**.

Ceux-ci doivent être conformes aux normes BNQ 5725-050/1985 « Spiromètres » et BNQ 5725-900/1985 « Laboratoires d'examen spirométrique de dépistage en milieu de travail » et à leurs modifications ultérieures.



**ANNEXE V**

**CERTIFICAT DE SANTÉ PULMONAIRE**

**Le certificat doit être complété en 3 exemplaires**

**Acheminer 2 exemplaires du certificat à l'employeur**

**Acheminer 1 exemplaire à l'attention de  
l'infirmière du service de santé au travail de votre région (MRC)  
Vous référer à l'annexe III.  
L'infirmière assurera le suivi auprès de D<sup>re</sup> Marie-Andrée Pigeon,  
médecin responsable, service de santé au travail.**



## CERTIFICAT DE SANTÉ PULMONAIRE

Numéro de certificat
----------------------

Numéro d'assurance maladie
----------------------------

Délivrance		
Année	Mois	Jour

Nom et adresse du titulaire

J'atteste que j'ai examiné le titulaire de ce certificat en vertu du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines et qu'au meilleur de ma connaissance, ce dernier a droit au présent certificat.

Date de l'examen	Année	Mois	Jour
------------------	-------	------	------

Signature du titulaire
------------------------

Signature du médecin	N° du médecin
----------------------	---------------

**EMPLOYEUR**

## CERTIFICAT DE SANTÉ PULMONAIRE

Numéro de certificat
----------------------

Numéro d'assurance maladie
----------------------------

Délivrance		
Année	Mois	Jour

Nom et adresse du titulaire

J'atteste que j'ai examiné le titulaire de ce certificat en vertu du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines et qu'au meilleur de ma connaissance, ce dernier a droit au présent certificat.

Date de l'examen	Année	Mois	Jour
------------------	-------	------	------

Signature du titulaire
------------------------

Signature du médecin	N° du médecin
----------------------	---------------

**TRAVAILLEUR**

## CERTIFICAT DE SANTÉ PULMONAIRE

Numéro de certificat
----------------------

Numéro d'assurance maladie
----------------------------

Délivrance		
Année	Mois	Jour

Nom et adresse du titulaire

J'atteste que j'ai examiné le titulaire de ce certificat en vertu du Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines et qu'au meilleur de ma connaissance, ce dernier a droit au présent certificat.

Date de l'examen	Année	Mois	Jour
------------------	-------	------	------

Signature du titulaire
------------------------

Signature du médecin	N° du médecin
----------------------	---------------

**DIRECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE**