

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

(Lorsque la Trousse médicale pré-embauche est modifiée, ne pas oublier de remplacer le document sur la page régionale du Portail provincial également, car les coordonnées des intervenants y sont, merci).

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 foins?

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 suivi?

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 :

	Père	Mère	Frères et sœurs
	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 ☐ Oui	Code	Souffle ☐ Oui ☐ Non		
Poumons	Murmure vésiculaire ☐ Oui	Râles et ronchis ☐ Oui ☐ 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, D^{re} Marie Andrée Pigeon, médecin responsable en Santé au travail, Direction de la santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux (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^{re} 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 de la Direction de la santé publique du service de Santé au travail 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 contacter l'infirmière concernée ou vous adresser directement au **D^{re} Marie Andrée Pigeon, médecin responsable en santé au travail**, selon les coordonnées téléphoniques suivantes : **418 867-2642, poste 67334.**

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

Équipe du service de santé au travail de Kamouraska

CLSC Saint-Pascal et Les Aboiteaux
595, avenue Martin
Saint-Pascal (Québec) G0L 3Y0

Infirmière : Lucie Dionne

Tél. : 418 856-7000, poste 3155
Courriel : lucie.dionne2@sante.quebec

Équipe du service de santé au travail de La Matanie

CLSC de La Matanie
349, avenue Saint-Jérôme
Matane (Québec) G4W 3A8

Infirmière : Marie-Pier Dubé

Tél. : 418 562-5741, poste 17233
Courriel : marie-pier.dube2@sante.quebec

Équipe du service de santé au travail de La Matépédia

Centre d'hébergement Marie-Anne Ouellet
6, rue Turbide
Lac-au-Saumon (Québec) G0J 1M0

Infirmière : Hélène Boudreau

Tél. : 418 778-5816, poste 25002
Courriel : helene.boudreau@sante.quebec

Équipe du service de santé au travail de Rimouski

CLSC Rimouski-Neigette
180, rue des Gouverneurs, bureau 008
Rimouski (Québec) G5L 8G1

Infirmière : Janique Plourde

Tél. : 418 724-7204, poste 47531
Courriel : janique.plourde@sante.quebec

Infirmière : Aimée Roussel

Tél. : 418 724-7204, poste 47593
Courriel : aimée.roussel@sante.quebec

Équipe du service de santé au travail de Rivière-du-Loup

CLSC de Rivière-du-Loup
35, rue Saint-Louis, porte 118
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 0S5

Infirmière : Guylaine Jalbert

Tél. : 418 867-2913, poste 67332
Courriel : guylaine.jalbert2@sante.quebec

Équipe du service de santé au travail du Témiscouata

CLSC de Pohénégamook
1922, rue Saint-Vallier
Pohénégamook (Québec) G0L 1J0

Infirmière : Johanne Jalbert

Tél. : 418 859-3000, poste 11328
Courriel : johanne.jalbert@sante.quebec

ANNEXE IV

ÉPREUVES DE FONCTIONS RESPIRATOIRES

**Veuillez 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 du D^{re} 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