

# Inscription à une formation "Vivre et travailler avec son dos" (10 jours)

Nom : ..... (Nom jeune fille :)..... Prénom : .....

Matricule : ..... Date de Naissance : .....

Sexe: M :  F :  Nationalité : .....

Profession : ..... Adresse : .....

Localité : ..... Code postal : ..... Pays : .....

Téléphone : ..... Fax : ..... E-mail : .....

## Dossier médical

Date de l'examen : .....

1. **Biométrie** : Poids : .... kg  
Taille : ..... cm

2. **Historiques** des problèmes lombaires

.....  
.....  
.....  
.....

Les problèmes de dos ont-ils commencé:

- De façon soudaine  
 De façon progressive

Année du premier épisode : ..... Ne se rappelle pas

Le travailleur a-t-il déjà été hospitalisé ou opéré à cause d'un mal de dos OUI - NON

Si oui en quelle année ?.....

Durant les 12 derniers mois, quelle est la durée totale pendant laquelle le travailleur a eu mal au dos ou souffert de sciatique ?

- 0 jour
- 1 à 7 jour(s)
- 8 à 30 jours
- Plus de 30 jours
- Presque tous les jours

**3. Symptômes dorsolombaires actuels et traitement en cours**

.....

.....

.....

.....

**4. Autres pathologies chroniques et traitements divers**

.....

.....

.....

.....

**5. Contre-indication médicale** connue pour la participation à un programme de réentraînement à l'effort (telle que risque cardiovasculaire, diabète déséquilibré, ... connu)

- oui, type : .....
- non

## Lombalgie et travail

### 6. L'entreprise

Nom : ..... N° identification : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Personne de contact :

Nom et prénom : .....

Fonction : .....

Tél. : ..... Fax : .....

GSM : ..... E-mail : .....

7. **Fonction** occupée par le travailleur : .....

Ancienneté dans la fonction ? année(s) : .....

8. Brève **description du poste** de travail :

.....  
.....  
.....  
.....

### 9. Caractéristiques du travail :

*La fonction occupée actuellement par le (la) salarié(e) nécessite-t-elle de manière **répétée** également :*

Le port de charges de 10 kg ou plus OUI - NON

Le port de charges de 25 kg ou plus OUI - NON

L'adoption de postures physiques pénibles (flexion, rotation, à genoux, accroupie ...) OUI - NON

L'utilisation d'outils vibrants OUI - NON

### 10. Conséquences professionnelles : le mal de dos est-il à l'origine

d'une ITT OUI - NON

d'une adaptation de poste OUI - NON

Si oui, laquelle ? .....

d'un reclassement OUI - NON

Si oui, lequel ? .....

### 11. Durée cumulée des arrêts de travail sur les 12 derniers mois :

.....mois ou ..... semaines

## Inscription

Docteur ..... , médecin du travail au (*service*)  
.....

Suite à l'examen médical du . . / . . / . . , déclare

Monsieur/Madame ..... , présentant

- Une lombalgie aiguë avec une absence > 1 mois
- Une lombalgie subaiguë avec une absence entre 1 et 3 mois
- Une lombalgie chronique avec absences > 3 mois ou absences répétitives

(Cocher la mention utile)

**Apte pour participer à la formation :**  
« Vivre et travailler avec son dos »

OUI  
 NON

"charges"  
 "domaine de soins"

(Cocher les mentions utiles)

### ***Le travailleur***

- satisfait aux critères de participation définis*
- est intéressé et motivé par la formation*
- ne présente aucune contre-indication médicale telle que risque cardiovasculaire connu (voir annexe 1), diabète déséquilibré...*
- comprend suffisamment le français pour suivre une formation francophone*

(Cocher les critères satisfaits)

### ***L'entreprise***

- a été informée des conditions de participation de son salarié*
- a marqué son accord et soutient la démarche de formation du salarié*

(Cocher les critères satisfaits)

Signature du médecin du travail

Médecin traitant

Concerne :

Mme / Melle / M

Cher confrère,

Il est prévu que votre patient( e ) participe à une formation « Vivre et travailler avec son dos » (prévention tertiaire) au Centre de Prévention du dos incluant du réentraînement à l'effort. Existe-t-il une contre-indication sur le plan cardio-vasculaire à une telle formation ?

Pour tout renseignement complémentaire, nous sommes bien sûr à votre entière disposition.

Veillez accepter, cher confrère, nos sentiments confraternels les plus dévoués.

Le médecin du travail