

Ce formulaire vise à collecter les symptômes ressentis par un membre du personnel, possiblement liés à un problème de qualité de l'air en milieu scolaire. Il peut être rempli par l'employé ou par le responsable au Service des ressources humaines (RH) de la commission scolaire. Une fois rempli, ce formulaire est remis au responsable RH qui assure le suivi requis et le met au dossier de l'employé (une copie est également remise au membre du comité SST représentant votre catégorie de personnel). Le formulaire doit être acheminé, par courriel, au [rhumaines@csdessommets.qc.ca](mailto:rhumaines@csdessommets.qc.ca). À noter que l'information contenue dans cette fiche pourrait servir aux fins d'enquête à la *Direction de la santé publique*.

## 1. IDENTIFICATION

Nom de l'employé(e) : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

Établissement : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

Emploi occupé : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Depuis quand travaillez-vous à cet établissement : [Cliquez ici pour entrer une date.](#)

Local où vous passez la majorité de votre temps de travail : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

## 2. DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE

Décrivez les symptômes et les inconforts que vous ressentez. Soyez le plus précis possible.

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

Depuis quand ces symptômes et ces inconforts sont-ils apparus?

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

Est-ce que les symptômes et les inconforts sont pires à certaines périodes de l'année : Si oui, lesquelles?

Non

Oui, lesquelles : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

À quel(s) moment(s) souffrez-vous de ces symptômes et de ces inconforts?

Matin

Après-midi

En soirée

La nuit

Toute la journée

Début de la semaine

Vers la fin de la semaine

La fin semaine

Journées aléatoires

Journée(s) spécifique(s) (veuillez préciser) : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

Est-ce que les symptômes et les inconforts diminuent ou disparaissent à certains moments?

Jamais

Rarement

Le samedi

Le dimanche

Dès que je quitte le travail

Quelques heures après avoir quitté le travail

Indiquez les conditions de santé s'appliquant à vous :

Asthme

Allergies

Maladie respiratoire autre que l'asthme

Port de lentilles cornéennes (verres de contact)

Autres, précisez : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)

### 3. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Y a-t-il des endroits dans l'établissement où vous ressentez davantage de symptômes ou d'inconforts? Si oui, lesquels?

- Oui, lesquels : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)  
 Non

Avez-vous remarqué quelque chose de particulier dans votre environnement (odeur, taches ou cernes, infiltrations d'eau, humidité, sècheresse...)? Veuillez répondre de façon précise.

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

### 4. SUIVI

Avez-vous informé votre supérieur immédiat de vos préoccupations en lien avec la qualité de l'air de votre établissement avant de remplir ce formulaire?

- Oui  
 Non

Est-ce que certaines actions ont déjà été entreprises?

- Oui, lesquelles [Cliquez ici pour taper du texte.](#):  
 Non

Avez-vous consulté un médecin en lien avec les symptômes et les inconforts nommés?

- Oui  
 Non

Si oui, un diagnostic a-t-il été émis et lequel?

- Oui, lequel : [Cliquez ici pour taper du texte.](#)  
 Non

### 5. AUTRES COMMENTAIRES

[Cliquez ici pour taper du texte.](#)

Signature de l'employé(e) : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature du supérieur immédiat : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_