|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONFIDENTIEL** | | | | |  | **UNITED NATIONS** | | UN | | | | **NATIONS UNIES** | | | | **QUESTIONNAIRE D’EVALUATION MEDICALE A L’EMPLOI** | | | | | | | |
| Ce questionnaire permet d’évaluer l’état de santé des employés en cours de recrutement ou lorsqu’un avis d’aptitude médicale est requis selon la ST/AI/2011/3. Selon les réponses, un examen médical complémentaire peut être exigé.  **Prière remplir directement et soumettre ce questionnaire le plutôt possible à** [**unogmedicalservice@un.org**](mailto:unogmedicalservice@un.org)  **Ne pas soumettre le questionnaire au bureau de recrutement ou au département des Ressources Humaines**  Si vous avez besoin de plus d’espace pour répondre, ou si vous souhaitez fournir des documents supplémentaires, veuillez les joindre au courriel généré lors de l’envoi de ce formulaire. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM DE FAMILLE (En lettres capitales)** | | | | | | **PRÉNOM** | | | | | | | | **Nom de jeune fille** | | | | | | | | **Sexe**  **M F** | |
| **Adresse actuelle (Rue, Ville, Département/Canton, Pays)** | | | | | | | | | | | | | | **Date de naissance** | | | | | | **Lieu de naissance** | | | |
| **Adresse E-mail** | | | | | | **Téléphone** | | | |
| **Numéro d’index** | | **Titre du poste de travail** | | | | | | | | | | | | **Lieu d’affectation/Mission** | | | | | | | | | |
| **1. Avez-vous effectué un contrôle médical au cours des 2 dernières années?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non | Oui | *Date de l’examen:* | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| ***Si “non”, vous êtes fortement encouragé à réaliser un contrôle médical avec votre Médecin traitant avant de poursuivre ce questionnaire.*** *Merci de fournir les résultats que votre médecin estime importants ou toute information que vous jugez utile à l’exercice de vos fonctions* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Avez-vous des problèmes de santé (médicaux, chirurgicaux ou psychologiques) nécessitant des soins au long cours ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non | Oui | *Si “oui”, merci de préciser la date du diagnostic, le diagnostic actuel et le traitement suivi.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Diagnostic | | | Date | | Traitement | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Avez-vous été hospitalisé au moins 2 jours consécutifs dans les 5 dernières années ou avez-vous été absent du travail plus d’un mois dans l’année passée, pour raison de santé ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non | Oui |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| *Si “Oui”, merci de préciser la raison de votre hospitalisation ou de vos absences.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Suivez-vous un traitement?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Non | Oui |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| *Si “oui”, merci de détailler le nom de* ***CHAQUE*** *médicament, le dosage et la fréquence des prises.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom** | | | | **Dosage** | | **Fréquence** | | | |  | | **Nom** | | | | | | **Dosage** | | | | **Fréquence** | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | |  | | | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | |  | |  | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5. Votre état de santé nécessite-t-il un traitement médical, chirurgical ou psychologique, au cours des 12 prochains mois ? Veuillez également cocher *“*Oui*”* si vous êtes enceinte en indiquant la date présumée de votre accouchement.** | | |
| Non | Oui |  |
| *Si “Oui”, merci de préciser.* | | |
| **6. Avez-vous des problèmes de santé physique ou mentale qui pourrait vous empêcher de vivre et de travailler dans une région sans facilité médicale de proximité?** | | |
| Non | Oui |  |
| *Si “Oui”, merci de préciser.* | | |
| **7. Êtes-vous vacciné contre la fièvre jaune ?** | | |
| Non | Oui | *Si “Oui”, merci de préciser la date de vaccination.* |
| **8. Existe-t-il des raisons pour lesquelles vous ne pouvez pas être vacciné ? (Par exemple, allergie connue aux vaccins, croyances religieuses, etc.).** | | |
| Non | Oui |  |
| *Si “Oui”, merci de préciser.* | | |
| *Note: Nombre de vaccins sont recommandés pour protéger votre santé lors d’affectation dans certains pays. Si vous avez un carnet de vaccination ou un Certificat International de Vaccination (“Livret jaune”),veuillez scanner ce document et le joindre en attaché à ce questionnaire sous l’intitulé “Carnet de vaccination”.* | | |
| **9. Avez-vous déjà souffert d’une maladie physique ou psychologique reconnue par votre précédent employeur comme maladie professionnelle ?** | | |
| Non | Oui |  |
| *Si “Oui”, merci de préciser.* | | |
| **10. Bénéficiez-vous actuellement ou aurez-vous besoin d’aménagement de votre poste de travail pour raison médicale ou de handicap ? (Par exemple, limitation aux voyages, besoin ergonomique spécifique, etc.)** | | |
| Non | Oui |  |
| *Si “Oui”, merci de préciser.* | | |
| **11. Avez-vous connaissance d’autres facteurs qui pourraient affecter votre santé ou votre capacité à exercer vos fonctions sur le lieu d’affectation prévu ? (Symptômes physiques, mode de vie, circonstances familiales, etc.)** | | |
| Non | Oui |  |
| *Si “Oui”, merci de préciser.* | | |
| **Déclaration – Veuillez lire, signer et cocher ACCEPTER ou REFUSER la déclaration.** | | |
| Je, soussigné(e),      , déclare par la présente, qu’à ma connaissance, mes réponses à toutes les questions donnent, une représentation complète et exacte de ma santé. Je reconnais également que tout manquement à dévoiler mon état de santé physique et mental, y compris des examens médicaux en cours, pourrait conduire à l’annulation de l’avis d’aptitude médicale à l’emploi, au refus de prestations, à la résiliation du contrat ou au renvoi, selon les directives administratives en vigueur dans l’organisation qui m’emploie.  Date:  Vous devez cocher une case : ACCEPTER  REFUSER | | |
| Signature: | | |