

Formulaire de présélection pour l'utilisation d'appareils de protection respiratoire

Il y a de nombreux problèmes de santé qui ne mettent pas les personnes à risque lors de la réalisation de leurs activités quotidiennes normales. Toutefois, la combinaison d'un état de santé lors de l'utilisation des appareils de protection respiratoire pourrait mettre certains individus à risque. C'est pourquoi il est important que vous lisiez attentivement et avec soin de répondre aux questions sur ce formulaire. Si un état de santé préoccupant est identifié, vous devez être réputé apte médicalement par un professionnel de la santé avant la mise à l'essai pour l'équipement de protection respiratoire et effectuer tout travail nécessitant l'utilisation de l'appareil respiratoire.

Note : Si vous avez des inquiétudes au sujet de votre capacité et l'aptitude médicale à porter l'équipement de protection respiratoire, vous devez demander une évaluation par un professionnel de la santé. Si vous portez des lunettes de prescription ou de lentilles de contact, des arrangements spéciaux doivent être prises pour que vous portez un respirateur en plein visage.

Nom :	Initiale :	Prénom :	Date de naissance: mm/jj/aaaa
-------	------------	----------	-------------------------------

Veuillez répondre aux questions suivantes :

1. Avez-vous déjà utilisé un appareil de protection respiratoire (APR)? Oui Non
** Si **Oui** :
 - a) Avez-vous jamais été exclu de porter un APR ou avez-vous des restrictions médicales? Oui Non
 - b) Avez-vous déjà eu des problèmes ou difficultés de porter ou d'ajuster un APR dans le passé? Oui Non
 - c) Avez-vous déjà eu le besoin d'enlever votre APR en raison de difficultés au cours de la formation? Oui Non
2. Avez-vous ou avez-vous déjà eu un des problèmes suivants ou des conditions médicales :
 - Épilepsie Oui Non
 - Problème de diabète ou le métabolisme Oui Non
 - Réactions allergiques qui interfèrent avec votre respiration Oui Non
 - Attaques de claustrophobie / anxiété / panique Oui Non
 - Évanouissement / étourdissements / Accident Vasculaire Cérébral (AVC) Oui Non
3. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des problèmes pulmonaires qui suivent :
 - L'asthme / court de souffle / respiration sifflante Oui Non
 - Bronchite chronique / emphysème / tuberculose Oui Non
 - Toux sang/ cancer des poumons / amiantose / silicose Oui Non
 - Tout autres problèmes pulmonaires pour lesquels vous êtes conscient de Oui Non
4. Avez-vous ou avez-vous jamais eu un problème cardiovasculaire ou symptômes de maladie de coeur :
 - Crise cardiaque, accident vasculaire cérébral / cardiaque Oui Non
 - Douleurs à la poitrine ou étanchéité / angine Oui Non
 - Hypertension artérielle Oui Non
 - Toute autre condition de coeur pour lesquels vous êtes conscient de Oui Non
5. Avez-vous des inquiétudes concernant votre aptitude médicale lorsqu'il s'agit de porter un APR? Oui Non
6. Portez-vous des lunettes de prescription ou des lentilles cornéennes? Oui Non

Important : Je comprends que si j'ai répondu « Oui » aux questions 2 à 5 sur ce formulaire, il sera demandé que vous consultiez un professionnel de la santé pour obtenir l'autorisation de porter des équipements de protection respiratoire.

En signant ci-dessous, je **confirme** que les réponses aux questions ci-dessus sont exactes au meilleur de ma connaissance et je consens à ce qui précède.

Signature	Date
-----------	------

