

Ordonnance OProMa sur la protection de la maternité au travail

Questionnaire de repérage des expositions professionnelles chez les travailleuses enceintes

Madame,

Le suivi de votre grossesse vise à protéger votre santé et celle de votre enfant à venir. Certaines activités professionnelles doivent être évitées durant la grossesse. **L'Ordonnance sur la protection de la maternité, dite OProMa**, vise dès lors à protéger la santé des femmes enceintes exerçant une activité professionnelle à risque, ainsi que celle de leur enfant à naître. Cette ordonnance a également pour but de protéger la santé de la travailleuse allaitante.

Afin de déterminer la nécessité d'une consultation médicale, OProMa, supplémentaire permettant d'analyser avec vous votre activité professionnelle, et de déterminer si les activités que vous êtes amenée à exercer sont adaptées à votre statut de femme enceinte, nous avons besoin de mieux les connaître.

Bien entendu, toutes les informations fournies au travers de ce questionnaire sont traitées de manière confidentielle par le professionnel de santé. Aucun contact ne sera pris auprès de votre employeur sans votre accord.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire.

Etiquette patiente

Téléphones fixe et natel :
E-mail :

Date :/...../..... Date de l'accouchement :/...../.....

Métier (s) :

Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ? **Oui** **Non**

Taux d'activité habituel : %

Taux d'activité actuel (si différent de l'habituel) :% Motif :

Avez-vous annoncé votre grossesse à votre employeur ? **Oui** **Non**

Avez-vous un médecin du travail dans votre entreprise ? **Oui** **Non** **Je ne sais pas**

Si vous exercez une activité professionnelle, veuillez s'il vous plaît remplir le questionnaire au verso.

Au cours de votre travail actuel,

	OUI	NON
a Exercez-vous une activité indépendante ?		
b Travaillez-vous dans une entreprise de transports publics (avion, train, bus)		
c Travaillez-vous dans l'agriculture ?		
d Effectuez-vous des ménages chez des particuliers ?		
e Travaillez-vous à la maison ? Si oui, précisez en tant que :.....		

1 Portez-vous des charges lourdes (> 10kg occasionnellement, > 5kg régulièrement) ?		
2 Effectuez-vous des travaux vous exposant au froid < -5°C ou à la chaleur > 28°C ou à une forte humidité ?		
3 Effectuez-vous des tâches impliquant des mouvements et des postures contraignantes, des chocs, des secousses ou des vibrations ?		
4 Votre travail vous expose-t-il à des microbes (virus, bactéries...) ?		
5 Utilisez-vous des produits chimiques ?		
6 Etes-vous exposée à des rayonnements ionisants (manipulation de substances radioactives, sources...) ou non ionisants (plaque induction, imagerie médicale...) ?		
7 Effectuez-vous des activités vous exposant à du bruit important ?		
8 Travaillez-vous à la chaîne sans pouvoir en influencer la cadence ?		
9 Effectuez-vous des activités dans des locaux appauvris en oxygène ou impliquant une surpression (chambre de surpression) ?		

N Avez-vous un travail de nuit ou posté (3x8h, 2x12h, etc.) ?		
Effectuez-vous des heures supplémentaires ?		
Travaillez-vous plus de 9h par jour (sans compter les pauses) ?		
Travaillez-vous plus de 4h debout ?		
Avez-vous une durée de repos quotidienne de 12h entre 2 jours travaillés ?		
Avez-vous la possibilité d'avoir des pauses supplémentaires à votre demande ?		
Avez-vous un local au travail pour pouvoir vous allonger ou vous reposer si besoin ?		

Si vous avez coché « oui », à l'une des questions numérotées de 1 à 9, savez-vous si votre employeur a réalisé une **analyse de risques à votre poste de travail afin de l'adapter ?**

Oui **Non** **Je ne sais pas**

Quelles sont les coordonnées de votre entreprise/employeur (nom, adresse, tél.) ?

.....

.....

.....

Nous vous remercions d'avoir renseigné ce questionnaire.