

**\*\* Ce formulaire doit être rempli avant votre rendez-vous « fit test ».**

Ce questionnaire déterminera si vous avez un problème de santé qui peut affecter votre capacité à porter un appareil de protection respiratoire (APR). Toutes les informations médicales sont considérées confidentielles.

## PARTIE 1: USAGE D'APR

### RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'UTILISATEUR D'APR

Nom: \_\_\_\_\_

ID McGill: \_\_\_\_\_

Département: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

### CONDITIONS D'UTILISATION D'APR Cochez plus d'une case au besoin

Cochez le type d'appareil	TYPE D'APR	FRÉQUENCE approximative par mois	NIVEAU D'EFFORT effort physique pendant l'utilisation	DURÉE approximative par utilisation	TEMPÉRATURE pendant l'utilisation
	Pièce faciale filtrante (N95 jetable)	_____ fois par mois	Léger Modéré Élevé	< 15 min Entre 15 - 60 min > 60 min	< 0 °C > 0 et < 25 °C > 25 °C
	Demi-masque à filtres et à cartouches	_____ fois par mois	Léger Modéré Élevé	< 15 min Entre 15 - 60 min > 60 min	< 0 °C > 0 et < 25 °C > 25 °C
	Masque complet à filtres et à cartouches	_____ fois par mois	Léger Modéré Élevé	< 15 min Entre 15 - 60 min > 60 min	< 0 °C > 0 et < 25 °C > 25 °C
	APR à adduction d'air (avec casques ventilés)	_____ fois par mois	Léger Modéré Élevé	< 15 min Entre 15 - 60 min > 60 min	< 0 °C > 0 et < 25 °C > 25 °C
	Appareil Respiratoire Autonome (ARA)	_____ fois par mois	Léger Modéré Élevé	< 15 min Entre 15 - 60 min > 60 min	< 0 °C > 0 et < 25 °C > 25 °C

## PARTIE 2: UTILISATEUR D'APR ÉTAT DE SANTÉ

Cochez la case OUI ou NON seulement. NE PAS inscrire de renseignements médicaux sur ce formulaire.

Si vous portez un masque complet, devez-vous porter des lunettes? **Oui Non**

Avez-vous déjà éprouvé l'un des problèmes suivants qui pouvant gêner l'utilisation de votre APR? **Oui Non**

LISTE DES CONDITIONS (NE PAS écrire/marker aucune condition)			
Essoufflement	Difficulté respiratoire	Bronchite chronique	Asthme
Difficulté à respirer lors du port d'un masque	Maladie pulmonaire	Emphysème	Douleurs à la poitrine, à l'effort
Problèmes cardiaques	Régulateur cardiaque	Maladie cardiovasculaire	Problèmes thyroïdiens
Diabète	Hypertension/haute pression	Maladie neuromusculaire	Évanouissement
Vertige/nausée	Claustrophobie/vertige	Sensibilité à la température	Attaques de panique
Troubles auditifs	Allergies	Daltonisme	Diminution de l'olfaction
Diminution gustative	Prothèses dentaires	Problèmes de dos/de cou	Trouble de la vue
Problèmes de peau/ caractéristiques faciales particulières			

Avez-vous déjà éprouvé des difficultés en utilisant un APR? **Oui Non**

Craignez-vous d'éprouver des problèmes en ce qui a trait à l'utilisation sécuritaire d'un APR? **Oui Non**

**\* NOTE: Si vous avez coché « OUI » pour l'une des questions ci-dessus, un professionnel de la santé doit effectuer une évaluation (PARTIE 3) avant l'utilisation d'un APR est approuvé.**

Afin d'obtenir une pleine efficacité de l'appareil de protection respiratoire et de vous assurer une protection optimale, rien ne peut faire obstacle ou nuire à l'étanchéité du masque aux points de contact avec le visage ou au fonctionnement de l'APR. Les obstacles à l'étanchéité comprennent : la pilosité faciale,

les favoris, les cheveux, les accessoires personnels, les piercings, les équipements de protection personnelle. Vous devez être rasé de près au visage au moment de porter l'APR. Une repousse de moins de 24 heures constitue une balise acceptable.

Je reconnais avoir compris les questions ci-haut mentionnées et avoir répondu au meilleur de ma connaissance:

Employée nom: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

EHS Représentant: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### PARTIE 3: ÉVALUATION PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

*Nécessaire que si « OUI » a été indiqué à l'une des questions au partie 2 ci-dessus*

Date de l'examen: \_\_\_\_\_

<b>AVIS D'ATTRIBUTION (Cochez ✓)</b>			
<b>TYPE D'APR UTILISÉ</b>	<b>SATISFAIT AUX EXIGENCES MÉDICALES</b>  <b>APTE À PORTER L'APR</b>	<b>APTE À PORTER L'APR AVEC RESTRICTION (PRÉCISEZ)</b>	<b>L'UTILISATION DE CET APR EST</b>  <b><u>INTERDITE</u></b>
Pièce faciale filtrante (N95 jetable)		:	
Demi-masque à filtres et à cartouches		:	
Masque complet à filtres et à cartouches		:	
APR à adduction d'air (avec casques ventilés)		:	
Appareil Respiratoire Autonome (ARA)		:	

Commentaires :

Nom du professionnel de la santé : \_\_\_\_\_ Titre: \_\_\_\_\_

Signature du professionnel de la santé \_\_\_\_\_

**Une fois rempli, veuillez retourner par courriel à [rpp.ehs@mcgill.ca](mailto:rpp.ehs@mcgill.ca)**