NOTE D’INFORMATION A L’ATTENTION DU MEDECIN :
EXAMEN MEDICAL POUR FUTUR MEMBRE DU PERSONNEL CERN

L’examen médical d’embauche comprend :

- Une consultation médicale,
- Une numération de formule sanguine et biochimie (hématies, leucocytes, formule leucocytaire, plaquettes, glycémie, cholestérol, triglycérides, acide urique, créatinine, transaminases, Gamma GT),
- Le formulaire "Examen clinique général", en annexe, à compléter.

L’ ECG n’est obligatoire que pour les pompiers (joindre le tracé).

Seuls les frais engendrés par les examens mentionnés ci-dessus seront pris en charge par l’organisation.

Tout examen ou analyse médicale prescrit en complément de cette liste devra être justifié par le médecin quand à sa nécessité pour déterminer l’aptitude médicale au travail et fera l’objet d’un accord auprès du médecin du travail du CERN, par email à l’adresse suivante : service.medical@cern.ch
INFORMATION FOR DOCTORS:
MEDICAL EXAMINATIONS FOR FUTURE CERN STAFF MEMBERS

The medical examination must include:

- a consultation with a medical doctor,
- full blood count and biochemistry tests (red and white blood cells, WBC differential, platelets, glycaemia, cholesterol, triglycerides, uric acid, creatinine, transaminases, Gamma GT),
- the form “General clinical examination”, attached, to be filled in.

Please note that the ECG examination is only compulsory for firefighters (please provide the associated graph).

Only those costs associated with the above-mentioned examinations are borne by the Organization.

Any medical examination or analysis prescribed in addition to those listed above must be justified by the doctor with respect to its necessity in determining medical aptitude for work and will be subject to prior agreement by the CERN Doctor.

Please send requests for prior agreement by e-mail to the following address: service.medical@cern.ch
QUESTIONNAIRE MEDICAL DE PRE-EMPLOI
PRE-EMPLOYMENT MEDICAL QUESTIONNAIRE

IMPORTANT: Le candidat doit répondre en conscience et au mieux de ses connaissances vériquemment et complétémment, au questionnaire ci-dessous.

IMPORTANT: The applicant must answer truthfully and completely the questions set out below to the best of his knowledge and belief.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nom</th>
<th>Prénom</th>
<th>Sexe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Name</td>
<td>First name</td>
<td>Sex</td>
</tr>
<tr>
<td>Né(e) le</td>
<td>Situation de famille</td>
<td>Nombre d’enfants</td>
</tr>
<tr>
<td>Date of birth</td>
<td>Marital Status</td>
<td>Number of children</td>
</tr>
<tr>
<td>Profession</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS – PERSONAL HISTORY

1. Souffrez-vous ou avez-vous jamais souffert de :
Do you suffer, or have you ever suffered, from :

- Maladies du sang [anémie, leuco-granulopénie, leucémie, tendance aux hémorragies (nez, dents, selles)] etc…
- Maladies des glandes lymphatiques (ganglions enflés, douloureux, en permanence ou par accès)
- Maladies du coeur (essoufflement, cyanose, lésion connue, hypertension)
- Maladies pulmonaires [infectieuses, aiguës ou chroniques (TBC)]
- Maladies du tube digestif, du foie, du pancréas (de toute nature)
- Maladies des reins et du système génital (infection chronique, néphrite, calcul)
- Maladies du système nerveux (tremblements, fatigue, dépression, troubles mentaux, épilepsie)
- Maladies de la peau
- Maladies du métabolisme et des glandes endocrines (diabète, goutte, etc…, maladies des glandes thyroïde et surrenale)
- Affections oculaires (cataracte, conjonctivite, daltonisme, myopie, astigmatisme, troubles de la vue…)
- Eye diseases (cataract, conjunctivitis, colour blindness, shortsightedness, astigmatism, defective vision…)
- Affections oto-rhino-laryngologiques (rhinite, angine chronique)
- Ear, nose and throat diseases (rhinitis, chronic tonsillitis)
- Maladies allergiques (asthme, rhume des foins, névrosemétique)
- Allergies (asthma, hay fever, and neurodermatitis)
- Maladies infectieuses (fièvre rhumatismale, diptérie et autres affections sérieuses)
- Infectious diseases (rheumatic fever, diptheria, and other serious illnesses)
- Affections ostéo-articulaires (colonne vertébrale)
- Osteo-articular diseases (spinal column)
- Pour les personnes de sexe féminin : affections gynécologiques
- For women any gynecological diseases
- Avez-vous souffert d'autres affections non énumérées ci-dessus ? (si oui, lesquelles)
- Have you suffered from any other diseases not mentioned above ? (if so, give details)
- Avez-vous eu des traitements prolongés par des antibiotiques, de l'insuline, de la cortisone ou d'autres cures d'injections ?
- Have you had prolonged treatment with antibiotics, insulin, cortisone, or other injections?

2. Prenez-vous régulièrement des médicaments ? (si oui, lesquels)
Do you take any medicine regularly? (if so, give details)

3. Faites-vous ou avez-vous fait usage habituel de stupéfiants ou de boissons alcooliques ?
Are you or have you ever been in the habit of taking drugs or alcoholic drinks?

(Avec l'assistance du médecin examinateur, si nécessaire)
(With the assistance of the examining doctor, if required)
4. Fumez-vous ? (si oui, quelle quantité par jour)
   Do you smoke ? (if so state quantity per day)................................................................. Oui/Yes Non/No

5. Avez-vous été victime d'un accident grave ? (si oui, lequel et quelles ont été les suites)
   Have you ever had a major accident? (if so give details and state the consequences)................................................................. Oui/Yes Non/No

6. Avez-vous subi une opération ? (si oui, laquelle)
   Have you ever undergone an operation ? (if so, give particulars)................................................................. Oui/Yes Non/No

7. Avez-vous été exclu du service militaire ou dirigé vers des services auxiliaires pour raison médicale ?
   Have you ever been rejected for military service, or directed into an ancillary service for medical Reasons ?................................................................. Oui/Yes Non/No

8. Avez-vous été refusé ou accepté avec réserve par une caisse d'assurances maladie, accident ou vie ?
   Has any insurance company ever refused to insure you or accepted you only with reserves ?................................................................. Oui/Yes Non/No

9. Vous considérez-vous actuellement comme étant en parfaite santé ?
   Do you at present consider yourself in perfect health ? ................................................................. Oui/Yes Non/No
   Si non, quels sont les symptômes que vous ressentez actuellement ?
   If not what are your present symptoms ? .................................................................

10. Membres de votre famille – Members of your family
   Enfants / Children

<table>
<thead>
<tr>
<th>Membres de votre famille</th>
<th>Etat de santé</th>
<th>Age et cause du décès</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Père / Father</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Mère / Mother</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Frères et sœurs / Brothers and sisters</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Epoux ou épouse / Husband or wife</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

11. Vos parents (père, mère, frères ou sœurs) ont-ils été atteints de: (répondez par oui ou par non)
    Have any members of your family (father, mother, brothers or sisters) suffered from: (answer with yes or no)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mal. du cœur</th>
<th>Mal. allergiques (asthme)</th>
<th>Diabète</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Heart disease</td>
<td>Allergies (asthma)</td>
<td>Diabetes</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypertension</td>
<td>Cancer</td>
<td>Mal. du système nerveux</td>
</tr>
<tr>
<td>High blood pressure</td>
<td>Cancer</td>
<td>Diseases of the nervous system</td>
</tr>
<tr>
<td>Maladies du sang (leucémie)</td>
<td>Tuberculose</td>
<td>Paralysie, mal. mentales, épilepsie</td>
</tr>
<tr>
<td>Diseases of the blood (leukaemia)</td>
<td>Tuberculosis</td>
<td>Paralysis, mental illness, epilepsy</td>
</tr>
</tbody>
</table>

12. Avez-vous souffert de maladies professionnelles dues à des irradiations, toxiques, chimiques (mercure, benzol, hydrocarbures), substances cancérigènes, mutagènes, silicose des mineurs ou Duciment ou autres ?
    Have you ever suffered from any occupational diseases due to irradiation, toxic chemicals, mercury, benzol, hydrocarbons, cancer-producing or mutation-producing substances or any other ? Have you ever suffered from miner's or cement worker's silicosis ? .................................................................

13. Avez-vous été au contact de matières radioactives ou avez-vous été exposé à des rayonnements ionisants dans votre travail ?
    Si oui, quelles sont les doses que vous avez reçues ?
    Si oui, quelle fréquence ?
    Have you ever been in contact with radioactive materials or exposed to ionizing radiation in the course of your work? ................................................................. Oui/Yes Non/No
    Have you ever been in contact with radioactive materials or exposed to ionizing radiation in the course of your work? ................................................................. Oui/Yes Non/No

14. Avez-vous été soumis à des contrôles médicaux de dépistage des maladies professionnelles ?
    Si oui, selon quelle fréquence ?
    Have you ever undergone any medical examinations for the detection of occupational disease ? ................................................................. Oui/Yes Non/No
    If so, at what intervals ? ................................................................. Oui/Yes Non/No

15. Avez-vous eu des contrôles sanguins pendant votre travail dans les radiations ou avec des substances dangereuses ?
    Si oui, ont-ils donné des résultats normaux ?
    Have you ever undergone blood tests in the course of work involving exposure to radiation or with dangerous substances? ................................................................. Oui/Yes Non/No
    If so, were the results normal ? ................................................................. Oui/Yes Non/No

Ce questionnaire est destiné à votre dossier médical et sera conservé conformément aux conditions qui régissent le secret médical.

This questionnaire will be kept in your individual medical file and will be treated as confidential.
### EXAMEN CLINIQUE GENERAL – GENERAL CLINICAL EXAMINATION

#### FORMULAIRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN – TO BE FILLED IN BY THE EXAMINING PHYSICIAN

Nom, Name .............................................................. Prénom, First name ..............................................................

1) **Maladies antérieures et allergies - Previous diseases and allergies**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Symptom</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Poudre</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2) **Etat Général – General appearance**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Measurement</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Poids</td>
<td>Kg</td>
<td>Kg</td>
</tr>
<tr>
<td>Taille</td>
<td>cm</td>
<td>cm</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Area</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nez</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>Amygdales</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3) **Vision – Sight**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Distance</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>En avant sans correction</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>En avant avec correction</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>À l'écart sans correction</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>À l'écart avec correction</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Astigmatisme</th>
<th>Droite</th>
<th>Gauche</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vision des couleurs</td>
<td>normal</td>
<td>normal</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4) **Audition (testée par voix chuchotée) – Hearing (test by whispering)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Thickness</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pénis</td>
<td>normal</td>
<td>normal</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5) **Nez, bouche, gorge, cou – Nose, mouth, throat, neck**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Area</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nez</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>Amygdales</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

6) **Système cardio-vasculaire – Cardio-vascular system**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Measurement</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pulsation</td>
<td>normal</td>
<td>normal</td>
</tr>
<tr>
<td>Pression artérielle</td>
<td>normal</td>
<td>normal</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Structure</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arteres</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>ECG (si nécessaire) *</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

7) **Système respiratoire – Respiratory system**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Area</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Thorax</td>
<td>aspect</td>
<td>aspect</td>
</tr>
</tbody>
</table>

8) **Système digestif – Digestive system**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Area</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abdomen</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>Rate</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

9) **Système génito-urinaire – Genito-Urinary system**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Area</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Loges rénales</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>Organes génitaux</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
</tbody>
</table>

10) **Système nerveux – Nervous system**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reflex</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Réflexes ostéo-tendineux</td>
<td>normal</td>
<td>normal</td>
</tr>
<tr>
<td>Réflexes papillaires</td>
<td>normal</td>
<td>normal</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Function</th>
<th>Right</th>
<th>Left</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Motricité</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
<tr>
<td>Sensibilité</td>
<td>normale</td>
<td>normale</td>
</tr>
</tbody>
</table>
11) Statut mental – Mental state

Apparence – Appearance  ...................................................................................................................................................................................

Comportement – Behaviour ...............................................................................................................................................................................

12) Appareil locomoteur – Skeletal system

Colonne vertébrale – Spine

Membres supérieurs – Upper extremities ............................................. Membre inférieurs – Lower extremities ............................................

13) Laboratoire – Laboratory

Le résultat du laboratoire est à joindre impérativement, selon détail ci-dessous :

Numération de formule sanguine et biochimie (hématies, leucocytes, formule leucocytaire, plaquettes, sucre, cholestérol, triglycérides, transaminases, acide unique, créatinine, Gamma GT).

Seules les analyses mentionnées ci-dessus seront prises en charge par le CERN.

The results of all the following investigations must be included:

Blood count (CBC) and blood chemistry :(red and white cells, differential count, platelets, sugar, cholesterol, triglycerides, ASAT, ALAT, urique acid, creatinine, Gamma GT).

Only the investigations mentioned here are done at the CERN expense.

14) Statut vaccinal – Vaccinations

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vaccin</th>
<th>Date 1</th>
<th>Date 2</th>
<th>Date 3</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tetanos – Tetanus</td>
<td>Date – Date</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diphérie – Diphteria</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Polio – Polio</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite A – Hepatitis A</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hépatite B – Hepatitis B</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anticorps anti-HBS – Hepatitis B antibody counts</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rougeole MMR- Measles MMR</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Autres – Others</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Obligatoire pour les pompiers : Date du dernier rappel tétanos, toutes les dates de vaccins hépatite B et dosage d’anticorps anti-HBS

*Mandatory for firefighters : Date of the last tetanus booster and all the dates of vaccines hepatitis B and antibody counts

15) Commentaires – Comments

Merci d’apporter des précisions sur l’auto-questionnaire et de donner votre avis sur l’état de santé actuel physique et mental du candidat au poste proposé.

Please comment on all the positive answers given by the staff member, summarize the abnormal findings and state your opinion on the physical and mental health of the candidate for the proposed post.

Il est demandé au médecin examinateur de vérifier que les pages 1 et 2 de ce questionnaire ont été entièrement complétées par le candidat et de joindre les résultats des examens complémentaires. Tout rapport incomplet est une source majeure de retard de recrutement.

The examining doctor is requested before sending this report to verify that the questionnaire page 1 and 2 of this form, has been fully completed by the candidate and that all the results of the investigations required are attached to the report. Incomplete reports are a major source of delay in recruitment.

Nom du médecin examinateur (en capitales) Name of examining physician (in block capitals)

Adresse – Address

Tél. – Tel. :

Fax – Fax :

e-mail – email :

Signature :

Date : ………………………………..

Pour le candidat – To the candidate

Merci de vous assurer que ce rapport médical confidentiel, complété par un médecin, est envoyé sous pli cacheté uniquement au médecin du travail du CERN - Please ensure that this confidential medical report completed by a medical practioner is sealed and sent directly only to the Staff Physician of CERN :

Service médical / CERN / CH - 1211 GENEVE 23
Tel.: 00 41 22 767 84 35 e-mail : medical.service@cern.ch