

Contrat	Service	Type	Séquence	Révision
	SS			
Classement H-Q:				

## ANNEXE 14 DÉCLARATION DE SANTÉ

*(À compléter par le postulant ou la postulante)*

*Vous devez répondre avec exactitude, au meilleur de votre connaissance. Toutefois, vous n'avez pas à fournir de détails de nature médicale sur ce questionnaire. S'il y a lieu, des renseignements complémentaires seront recueillis par le personnel de nos services de santé.*

Nom, prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance AAAA-MM-JJ	Code ident. pers.
Téléphone bureau	Poste	Téléphone résidence	Titre de l'emploi		
			<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire		
Service		Endroit		Devra conduire un véhicule d'Hydro-Québec	
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date d'embauchage AAAA-MM-JJ	Nom du (de la) préposé(e) à l'embauchage			Telephone	Poste

- |  | Oui                      | Non                      | Ne sais pas              |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un professionnel de la santé pour autre chose qu'un examen médical annuel ? (ex. : médecin, psychiatre, psychologue...)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous ou avez-vous déjà eu des maladies ou des conditions nécessitant un suivi ? (ex. : allergies, asthme, autres maladies pulmonaires, hypertension, angine, infarctus, autres maladies cardiaques, diabète, épilepsie, vertiges ou troubles de l'équilibre, abus d'alcool ou autres...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous subi des tests de laboratoire au cours des cinq dernières années ? (ex. : prises de sang, radiographies, électrocardiogrammes, ou autres...)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Recevez-vous ou avez-vous déjà reçu des traitements ? (ex. : traitement chez un ostéopathe, chiropraticien ou physiothérapie, dialyse, chimiothérapie ou autres...)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà subi des interventions chirurgicales ? (ex. : chirurgie pour hernies, fractures, chirurgie cardiaque ou autres...)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Prenez-vous actuellement des médicaments ou des drogues sous une forme ou une autre ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous déjà eu des lésions suite à un accident personnel ? (ex. : fracture, entorse, commotion cérébrale ou autres...)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous déjà eu un accident de travail ou une maladie reliée au travail ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Votre travail a-t-il déjà été modifié pour des raisons de santé ? (ex. : travail léger, éviter certains mouvements, adaptation pour handicap ou autres...)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Avez-vous un handicap qui pourrait vous limiter dans vos activités quotidiennes ou votre travail ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Déclaration : Je, soussigné, déclare avoir bien compris les questions et y avoir répondu au meilleur de ma connaissance. Je comprends que toute fausse déclaration pourrait m'exposer à un renvoi. Je consens à subir un examen médical s'il y a lieu et j'autorise le médecin examinateur à transmettre à Hydro-Québec les informations nécessaires pour déterminer mon aptitude à occuper l'emploi postulé.*

Signature	AAAA-MM-JJ	Témoin à la signature	AAAA-MM-JJ
-----------	------------	-----------------------	------------

Contrat	Service	Type	Séquence	Révision
	SS			
Classement H-Q:				

Nom, prénom	Code d'ident. pers.
-------------	---------------------

**Conseillère ou conseiller – Santé**

Fournir les détails relatifs aux réponses affirmatives (questions 1 à 10) ou négative (question 11) apparaissant à la page 1 de ce formulaire, en prenant soin d'indiquer le numéro de la question correspondant.

<i>Signature</i>	AAAA-MM-JJ
------------------	------------

**Médecin**

<i>Signature</i>	AAAA-MM-JJ
------------------	------------