



**Titre : Examen médical d'aptitude pour le travail de nuit**

Rédigé par : FH/frb

Processus : Ressources / Ressources Humaines

No : NUEVO 2.2.1.FR55

Document : Formulaire

Version No : 1

Du : 01.09.2014

Validé par : DRH

SMQ :

RMQ :

M\*\*

\*\*\*

\*\*\*

\*\*\*

Les Hauts-Geneveys, le 2014

**Visite médicale d'aptitude pour le travail de nuit**

- à l'engagement       contrôle tous les 2 ans      date de la dernière visite médicale  
 contrôle tous les ans (+ de 45 ans)

Madame, Monsieur,

Les travailleurs/euses qui sont occupés/ées au moins 25 nuits par année civile ont droit à un examen médical et aux conseils qui s'y rapportent, une fois tous les 2 ans s'ils ont moins de 45 ans et une fois par an à partir de 45 ans. Cette visite médicale est obligatoire.

Les conclusions du médecin quand à l'aptitude (aptitude, non-aptitude, non-aptitude provisoire, aptitude à certaines conditions) sont soumises au secret médical et ne peuvent être communiquées à l'employeur qu'avec le consentement du/de la travailleur/euse.

L'examen médical doit être assorti de conseils destinés à sauvegarder la santé du/de la travailleur/euse portant sur trois domaines :

- L'augmentation des risques d'atteintes à la santé imputables au travail de nuit
- L'importance du temps consacré à la détente et au repos
- Le problème du cumul des charges (occupation accessoire, prise en charge des enfants et des personnes dépendantes, autres engagements extra-professionnels)

Au vu de ce qui précède, nous vous prions de passer une visite médicale chez le médecin de votre choix et de nous retourner la 2<sup>ème</sup> page de ce document, une fois signée par votre médecin. La 3<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> page de ce document ainsi que le cahier des charges restent en mains du cabinet médical.

Cette visite médicale est remboursée par la Fondation, à raison de Frs 120,- lors de la 1<sup>ère</sup> visite à l'engagement et Frs 85,- pour les visites de contrôle tous les 2 ans.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information, nous vous présentons, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

Fondation Les Perce-Neige  
Service des Ressources Humaines

Monica Devenoges-Lotito



**Titre : Examen médical d'aptitude pour le travail de nuit**

Rédigé par : FH/frb

Processus : Ressources / Ressources Humaines

No : NUEVO 2.2.1.FR55

Document : Formulaire

Version No : 1

Du : 01.09.2014

Validé par : DRH

SMQ :

RMQ :

Nom et adresse du médecin:

Nom et adresse de l'entreprise:

Fondation Les Perce-Neige  
Service des Ressources Humaines  
Chemin mon Loisir 23e  
2208 Les Hauts-Geneveys

**EXAMEN MÉDICAL D'APTITUDE POUR LE TRAVAIL DE NUIT ET CONSEILS**

(Examen médical obligatoire en vertu de l'art. 45 OLT 1) (cf. Guide-Travail de nuit ou en équipes – abrégé des mesures préventives d'ordre médical → [www.permisduréedutravail.ch](http://www.permisduréedutravail.ch))

**Personne examinée:**

Nom :

Prénom :

Année naissance :

Adresse :

**Décision:**

J'ai examiné la personne désignée ci-dessus et ai clarifié la question de son aptitude au travail de nuit et en équipes. (Cocher la mention pertinente)

- Rien ne s'oppose à l'affectation prévue (aptitude).
- L'affectation prévue n'est temporairement pas possible (non-aptitude temporaire) :  
Réévaluation dans ..... mois
- L'affectation est partiellement possible aux conditions suivantes (aptitude à certaines conditions) :  
.....  
.....
- La personne désignée ci-dessus n'est, pour raisons de santé, pas apte à l'activité prévue (non-aptitude)

**Examens complémentaires en vue d'une décision**

Le médecin, pour prendre sa décision, sollicite de la Fondation, l'autorisation d'engager les frais d'examens complémentaires devisés à Frs \_\_\_\_\_ (environ).

Accord de la Fondation pour la prise en charge des examens complémentaires susmentionnés :

Lieu, date et signature \_\_\_\_\_

**La déclaration d'aptitude a une validité de 2 ans maximum**

Lieu et date: \_\_\_\_\_

Signature du médecin (à la main): \_\_\_\_\_

Cette décision et la facture vont :

à l'employeur (permis de travail de nuit ou en équipes). **En vertu de l'art. 46 LTr et de l'art. 73 OLT 1, l'employeur doit conserver ce formulaire afin que les autorités compétentes en matière d'exécution et de contrôle puissent le consulter si nécessaire.**

Pour la facturation :

\*l'examen médical d'entrée en fonction **tarifé à Fr. 120.-**

\*l'examen périodique de contrôle **tarifé à Fr. 85.-**



**Titre : Examen médical d'aptitude pour le travail de nuit**

Rédigé par : FH/frb

Processus : Ressources / Ressources Humaines

No : NUEVO 2.2.1.FR55

Document : Formulaire

Version No : 1

Du : 01.09.2014

Validé par : DRH

SMQ :

RMQ :

Nom et adresse du médecin:

Nom et adresse de l'entreprise:

Fondation Les Perce-Neige  
Service des Ressources Humaines  
Chemin mon Loisir 23e  
2208 Les Hauts-Geneveys

**EXAMEN MÉDICAL D'APTITUDE POUR LE TRAVAIL DE NUIT ET CONSEILS**

(Examen médical obligatoire en vertu de l'art. 45 OLT 1) (cf. Guide-Travail de nuit ou en équipes – abrégé des mesures préventives d'ordre médical → [www.permisduréedutravail.ch](http://www.permisduréedutravail.ch))

**Personne examinée:**

Nom :

Prénom :

Année naissance :

Adresse :

Fonction : Selon cahier des charges annexé

**A. ANAMNESE (détaillée lors de l'examen médical d'entrée en fonction)**

.....  
.....  
.....

**B. STATUS**

**1. État général**

Constitution : ..... Taille : ..... Poids : .....

Autre constatation : .....

**2. Squelette**

Crâne : ..... Colonne vertébrale : .....

Cage thoracique : ..... Membres : .....

**3. Musculature**

Développement : ..... Motilité : .....

**4. Système nerveux**

Sensibilité profonde : ..... Superficielle : .....

Réflexes ostéotendineux : ..... Pupillaires : .....

Autres signes éventuels : .....

**5. Appareil cardio-circulatoire**

Cœur, bruits : ..... Rythme : .....

Fréquence au repos : ..... Après 20 genuflexions : .....

Souffles éventuels : .....

Tension artérielle : .....

Varices : .....

**6. Appareil respiratoire**

Fosses nasales : ..... Pharynx : .....

Voix : .....

Poumons : ..... Auscultation : ..... Percussion : .....

**7. Appareil digestif**

Dentition : Langue : .....

Abdomen : ..... Foie : .....

Rate : ..... Hernies : .....



**Titre : Examen médical d'aptitude pour le travail de nuit**

Rédigé par : FH/frb	Processus : Ressources / Ressources Humaines			
No : NUEVO 2.2.1.FR55	Document : Formulaire			
Version No : 1	Du : 01.09.2014	Validé par : DRH	SMQ :	RMQ :

**8. Appareil urinaire**

Loges rénales : .....  
 Organes génitaux externes : .....  
 Urine : Aspect : ..... Albumine : .....  
 Sucre : ..... Urobilinogène : .....  
 Corps cétoniques : .....

**9. Yeux**

Vision colorée : .....  
 Acuité visuelle : droite ..... gauche .....  
 Correction éventuelle : .....

**10. Oreilles**

Ouïe : droite ..... gauche .....  
 Tympan : droit ..... gauche .....

**11. Divers (compris dans les honoraires forfaitaires)**

Hémoglobine, vitesse de sédimentation (recommandées lors de l'examen d'entrée en fonction) :

Autres : .....

**C. CONCLUSION**

État de santé : .....

Anomalies éventuelles : .....

\* Apte                       \* Inapte

\* cocher ce qui convient

Examens complémentaires indispensables, hors forfaits (radiographies, examens de laboratoire importants, etc.) :

.....  
 .....  
 .....

**Cette décision ne doit pas être envoyée à la Fondation Les Perce-Neige mais reste dans le dossier personnel de la personne examinée, au cabinet de médecin concerné.**

Annexe : cahier des charges de la fonction exercée