

Questionnaire sur la qualité de l'air à l'intérieur à l'intention de l'occupant

Nom de l'édifice _____ N^{o(s)} de salle de travail _____

Rempli par _____ Titre _____

Date _____

TYPES DE SYMPTÔMES

À quelle genre de problèmes de santé ou de malaises faites-vous face?

___ maux de tête	___ problèmes de respiration	douleur ou malaise :
___ nausée	___ toux	___ au dos
___ vertige	___ éternuement	___ au cou
___ fatigue	___ sifflement	___ aux mains
___ irritation de la gorge	___ congestion des sinus	___ aux épaules
___ irritation des yeux	___ essoufflement	___ aux poignets
___ irritation du nez	___ vision floue	___ aux articulations
___ irritation de la peau		

Autre _____

Savez-vous si d'autres collègues présentent des problèmes de santé semblables? Oui ___ Non ___

Avez-vous des problèmes de santé qui peuvent vous rendre particulièrement vulnérables aux problèmes environnementaux? (p. ex., lentilles cornéennes, asthme, allergies, etc.) Ne répondez pas, si vous n'êtes pas à l'aise.

CARACTÈRE RÉPÉTITIF

Quand vos symptômes se présentent-ils?

___ matins ___ après-midi ___ toute la journée ___ pas de tendance marquée

Disparaissent-ils? Dans l'affirmation, quand cela se produit-il?

En général, quand sont-ils aggravés? (p. ex., saisonnier, certains jours de la semaine)

Avez-vous remarqué d'autres événements pertinents (comme des événements météorologiques, une variation de température ou du degré d'humidité ou des activités dans l'immeuble) qui ont tendance à se produire en même temps que vos symptômes?

PROFILS SPATIAUX

Où passez-vous la plupart de votre temps dans l'immeuble?

Depuis quand travaillez-vous à cet emplacement?

Quand avez-vous remarqué pour la première fois ces problèmes de santé?

Où étiez-vous lorsque vous avez ressenti ces problèmes de santé ou malaises?

___ à mon poste de travail ___ aux toilettes ___ à la salle de repos ___ au bureau
___ à aucun endroit en particulier ___ autre : _____

Quand ressentez-vous ces problèmes de santé?

_____ seulement au travail _____ à la maison et au travail

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Avez-vous observé que l'état de l'immeuble aurait besoin d'attention ou pourrait expliquer vos problèmes de santé?

_____ Circulation d'air	_____ Température	_____ Mauvaises odeurs
_____ Courants d'air	_____ Humidité	_____ Dégâts d'eau
_____ Humidificateur/ déshumidificateur	_____ Bruit	_____ Irritants dans l'air
_____ Climatisation	_____ Éclairage	_____ Polluants à l'extérieur
_____ Matériel/équipement	_____ Fumée	_____ Effectif surchargé
_____ Rénovations	_____ Nouvelle moquette, mobilier	_____ Parfums/désodorisants
_____ Particules, poussières	_____ Nettoyage et entretien	_____ Moquette, rideaux
_____ Produits chimiques utilisés	_____ Plantes ou animaux dans le local	
_____ Autre _____		

Avez-vous obtenu des soins médicaux en raison de vos problèmes de santé?

_____ Non _____ Oui Quel a été le diagnostic du médecin? _____

Avez-vous quitté le travail plus tôt ou vous êtes-vous absenté en raison de vos problèmes de santé?

_____ Non _____ Oui Combien de fois au cours du dernier mois? _____
Combien de jours vous êtes-vous absenté du travail? _____

Avez-vous d'autres commentaires?
