

**- PRÉVENTION DU BURN-OUT - FORMULAIRE DE DÉPISTAGE IPSS -**  
**AGENCE FÉDÉRALE DES RISQUES PROFESSIONNELS (FEDRIS)**

Afin d'assurer la confidentialité, veuillez renvoyer ce formulaire sous pli confidentiel, avec la mention  
« **CONFIDENTIEL- NE PAS OUVRIR** »

**1. COORDONNÉES DU TRAVAILLEUR**

**1.1 NISS\***

(voir verso de la carte d'identité)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1.2 Statutaire** ☐

**Contractuel** ☐

**1.3 Mutuelle** (si la case « Contractuel » est cochée) :

**Adresse:** \_\_\_\_\_

(collez une vignette)

**1.4 Rôle linguistique\*** : F ☐ N ☐ A ☐

**1.5 Nom\*** : \_\_\_\_\_ **1.6 Prénom** : \_\_\_\_\_

**1.7 Date de naissance\*** : 

--	--	--	--	--	--	--	--

**1.8 Tél/GSM\*** : \_\_\_\_\_ **1.9 E-mail\*** : \_\_\_\_\_

**2. COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT**

**Nom et prénom\*** : \_\_\_\_\_

**Adresse** : \_\_\_\_\_

**Tél/GSM\*** : \_\_\_\_\_

**3. COORDONNÉES DE L'EMPLOYEUR**

**Nom\*** : AGENCE FEDERALE DES RISQUES PROFESSIONNELS (FEDRIS)

**Adresse\*** : Avenue de l'Astronomie 1, 1210 Bruxelles

**Donnez la fonction\*** : \_\_\_\_\_

☐ « J'atteste faire partie du personnel de l'institution à l'exclusion du personnel de la SMALS ou des sociétés sous-traitantes »

**Donnez une description de l'activité professionnelle\*** :

**4. COORDONNÉES DU SERVICE DE PRÉVENTION**

**4.1 Service externe de prévention et de protection au travail pour FEDRIS**

☐ IDEWE

**Adresse du siège** : \_\_\_\_\_

**4.2 Conseiller en prévention médecin du travail :**

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Tél/GSM** : \_\_\_\_\_ **E-mail** : \_\_\_\_\_

**4.3 Conseiller en prévention aspects psychosociaux :**

**Nom et prénom** : \_\_\_\_\_

**Tél/GSM** : \_\_\_\_\_ **E-mail** : \_\_\_\_\_

\*A compléter obligatoirement

## 5. MOTIF DE LA CONSULTATION

## 6. SITUATION PROFESSIONNELLE DU DEMANDEUR

6.1 Le demandeur est-il actuellement en arrêt de travail pour les motifs évoqués?\* ☐ Oui ☐ NonSi oui, date de début\*: date de fin présumée: 6.2 Ces 12 derniers mois, le travailleur a-t-il été en arrêt de travail pour les mêmes raisons? ☐ Oui ☐ Non

Nombre d'arrêt de travail: \_\_\_\_\_ Nombre total de jours d'arrêt: \_\_\_\_\_

6.3 Le demandeur a-t-il déjà commencé un trajet de réintégration professionnelle?\* ☐ Oui ☐ Non

6.4 Le lien avec le travail:

Les plaintes portent principalement sur\*: ☐ le travail ☐ des éléments extérieurs au travail

Quels sont les facteurs liés au travail abordés en consultation: (une ou plusieurs réponse(s))

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Charge de travail                   | <input type="checkbox"/> Conciliation vie privée/professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Contacts avec le client/patient/... | <input type="checkbox"/> Changements organisationnels            |
| <input type="checkbox"/> Environnement physique (bruit,...)  | <input type="checkbox"/> Incertitude liée à l'emploi             |
| <input type="checkbox"/> Harcèlement et violence             | <input type="checkbox"/> Conflit au travail                      |
| <input type="checkbox"/> Pression temporelle                 | <input type="checkbox"/> Perte de sens du travail                |
| <input type="checkbox"/> Charge physique                     | <input type="checkbox"/> Manque de travail                       |
| <input type="checkbox"/> Autres: _____                       |  |

Ressources dont manque le travailleur au travail : (une ou plusieurs réponse(s))

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soutien de la hiérarchie                  | <input type="checkbox"/> Variété dans les compétences et les tâches effectuer |
| <input type="checkbox"/> Soutien des collègues                     | <input type="checkbox"/> Définition des tâches                                |
| <input type="checkbox"/> Retour sur le travail effectué (feedback) | <input type="checkbox"/> Formation continue                                   |
| <input type="checkbox"/> Reconnaissance                            | <input type="checkbox"/> Equipement/matériel adéquat                          |
| <input type="checkbox"/> Autonomie                                 | <input type="checkbox"/> Participation aux décisions                          |
| <input type="checkbox"/> Possibilités d'épanouissement au travail  | <input type="checkbox"/> Sécurité liée à l'emploi                             |
| <input type="checkbox"/> Autres: _____                             |   |

## \*SIGNATURE DU TRAVAILLEUR

Le soussigné autorise l'échange de données médicales le concernant entre les personnels de la santé impliqués (médecin du travail, intervenant burn-out, Médecin-Conseil de la mutuelle, Conseiller en prévention aspects psychosociaux, psychologue de Fedris et médecin traitant, Medex) pour le traitement de cette demande de dépistage du burn-out.

Date : \_\_\_\_\_

\*SIGNATURE ET CACHET du médecin/conseiller en prévention qui a complété le formulaire

Le soussigné s'engage, par sa signature, à vérifier les informations complétées  
dans ce formulaire

☐ Médecin traitant☐ Conseiller en  
prévention médecin du  
travail☐ Conseiller en prévention  
aspects psychosociaux

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_