



PRÉVENTION DU BURN-OUT - FORMULAIRE DE DÉPISTAGE¹

1. COORDONNÉES du demandeur

1.1 NISS*:
(voir verso de la carte d'identité)

1.2 Mutuelle*:
(collez une vignette)

1.3 Rôle linguistique* : F N A

1.4 Nom* : _____

1.5 Prénom* : _____

1.6 Date de naissance* :

1.7 Tél/GSM* : _____

1.8 E-mail de contact à laquelle Fedris peut vous joindre* : _____ @ _____

1.9 Compte en banque* : BE

(pour le remboursement des frais de déplacement éventuels)

2. COORDONNÉES du médecin traitant

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

Tel/GSM: _____

E-mail: _____

3. COORDONNÉES du Conseiller en prévention médecin du travail

Nom et prénom : _____

Nom du service de prévention et de protection au travail : _____

Adresse : _____

Tel/GSM : _____ E-mail : _____

4. COORDONNÉES du Conseiller en prévention aspects psychosociaux

Nom et prénom : _____

Nom du service de prévention et de protection au travail : _____

Adresse : _____

Tel/GSM : _____ E-mail : _____

5. SITUATION PROFESSIONNELLE du demandeur*

À compléter par le médecin traitant ou le médecin du travail ou le conseiller en prévention aspects psychosociaux signataire du formulaire de dépistage.

Il est important, pour la gestion du dossier, que le point 6 soit rempli de façon complète, sincère et véritable.

5.1 Activité professionnelle du demandeur (code ISCO si possible) : _____

5.2 Le signataire atteste que le demandeur :

a) montre des signes d'un stade précoce de burn-out professionnel* : oui non

b) est confronté à un ou des risques psycho-sociaux au travail (exemples ci-dessous)* : oui non
(Ces risques peuvent provenir de : la charge de travail, le manque de travail, les contacts avec le client/patient/..., l'environnement physique, la charge physique, la conciliation vie privée/professionnelle, les changements organisationnels, une pression temporelle, l'incertitude liée à l'emploi, la perte de sens du travail, un conflit au travail, un harcèlement et une violence)

c) est actuellement en arrêt de travail* : oui non
 Si oui :
 - date de début d'arrêt de travail* :

d) exerce actuellement un travail adapté avec accord du médecin-conseil de la mutuelle* : oui non
 Si oui : avait-il été mis en arrêt de travail pour une autre raison que le burn-out professionnel* : oui non

6. PARTAGE DE DONNÉES : Consentement éclairé*

Le demandeur donne son accord pour que Fedris informe de la réception d'une demande de dépistage et de la décision rendue par Fedris à l'égard de celle-ci, les personnes suivantes :

- Médecin traitant (si mentionné au point 2) : oui non
- Médecin du travail (si mentionné au point 3) : oui non
- Conseiller en prévention aspects psychosociaux (si mentionné au point 4) : oui non
- Médecin-conseil de la mutuelle (uniquement si, au moment où le demandeur a introduit son formulaire de demande, il est en incapacité de travail, indemnisé par son organisme assureur) : oui non

Ce partage a lieu afin de faciliter la concertation de ces différents professionnels dans la prise en charge globale du demandeur. Ce partage est effectué dans le respect des règles de la protection de la vie privée (RGPD). Le demandeur peut à tout moment décider de retirer son consentement.

<p>*SIGNATURE DU DEMANDEUR qui déclare sur l'honneur que les informations contenues dans ce formulaire sont sincères et véritables.</p> <p>Date : _____</p>	<p>*SIGNATURE et CACHET du médecin/conseiller en prévention qui a complété le formulaire <u>les coordonnées du signataire sont obligatoires</u></p> <p>Le soussigné déclare, par sa signature, avoir fourni des information sincères et véritables.</p>		
	<p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p>Date : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Conseiller en prévention médecin du travail</p> <p>Date : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Conseiller en prévention aspects psychosociaux</p> <p>Date : _____</p>

*À compléter obligatoirement

ⁱ Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 17 mai 2007 fixant l'entrée en vigueur de l'article 44 de la loi du 13 juillet 2006 et portant exécution de l'article 62bis des lois relatives à la prévention des maladies professionnelles et à la réparation des dommages résultant de celles-ci, coordonnées le 3 juin 1970, en ce qui concerne les programmes de prévention des douleurs lombaires et du burn-out.