Chère collaboratrice, cher collaborateur,

Nous vous informons que chaque nouveau collaborateur / nouvelle collaboratrice est invité(e) à se soumettre à un contrôle médical. Celui-ci comprend un questionnaire médical sur l’état de santé de la personne, ainsi qu’un contrôle des vaccinations. Si nécessaire, le médecin du travail effectuera un examen physique de base et/ou une prise de sang pour contrôler l’efficacité de votre vaccination contre l’hépatite B.

Le contrôle médical d’entrée a pour objectif de protéger l’employé(e) contre les maladies professionnelles ainsi que de prévenir la transmission d’éventuelles maladies infectieuses de l’employé(e) dans l’environnement professionnel. Les coûts de ce contrôle médical d’entrée sont à la charge de l’employeur. La consultation effectuée pour le service médical du personnel est considérée comme temps de travail.

Le contrôle médical d’entrée est effectué par les services suivants :

Collaborateurs/collaboratrices du canton de Vaud :

Service médical du personnel, CHUV Lausanne

Contact CHUV : Jennifer Maret, Tél. 021 314 84 56 / Médecine du personnel, Tél. 021 314 02 43

Collaborateurs/collaboratrices du canton du Valais :

Hôpital du Valais à Sion

Secrétariat de la Médecine du personnel de l’Hôpital du Valais, Léticia Blanc, Tél. 027 603 49 23

Les services mentionnés ci-dessus se tiennent à votre disposition pour répondre à vos questions et vous fournir des informations plus détaillées. Vous trouverez de plus amples informations sur notre service médical du personnel et les services qu’il propose dans notre « Guide pour la gestion de la santé en entreprise rundumXund ».

Nous vous prions de nous faire savoir ci-après si vous acceptez le contrôle médical d’entrée ou non :

**[ ]  J’accepte de me soumettre au contrôle médical d’entrée**

 Veuillez remplir intégralement le formulaire avec vos données personnelles

 Le service responsable vous fera parvenir directement le questionnaire

**[ ]  Je renonce au contrôle médical d’entrée**

Nom, prénom ……………………………………………………………………………………..

Date de naissance ……………………………………………………………………………………..

Adresse ……………………………………………………………………………………..

N°téléphone ……………………………………………………………………………………..

Mail ……………………………………………………………………………………..

Fonction/Profession ……………………………………………………………………………………..

Date d’entrée en fonction ……………………………………………………………………………………..

Date, Signature

Merci de retourner le formulaire complété et signé aux Ressources humaines à l’adresse hr@itransfusion.ch dans un délai d’un mois.