

PROTOCOLE DE SURVEILLANCE DES SALARIÉS EXPOSÉS AU BRUIT

ESTI = Entretien Santé Travail Infirmier : Entretien Santé Travail réalisé par un infirmier, sur délégation, sur prescription et sous la responsabilité d'un médecin du travail.

Date : -- / -- / -- Médecin : _____ | _ | _ | Infirmier : code

Date du dernier audio -- / -- / --

Numéro salarié Stétho | _ | _ | _ | _ | _ | Date du questionnaire précédent | _ | _ | _ | _ | _ |

Nom Prénom Sexe (M/F) | _ |

(jeune fille pour les femmes)

Date naissance | _ | _ | _ | _ | _ |

Entreprise : NOM : _____ n°stétho) | _ | _ | _ | _ | _ | Centre : | _ |
_ |

PCS | _ | _ | _ | _ | Code NAF | _ | _ | _ | _ | Nombre de salariés | _ | _ | _ | _ |

(Ajouter une 1^{ère} partie qui comportera des questions qui seront identiques pour tous les protocoles quelque soit le risque étudié)

CONDITIONS D'EXPOSITION AU BRUIT

Poste de travail : _____

Votre poste de travail expose t-il aux solvants ?

- Non
 Oui, un peu
 Oui, beaucoup
 Je ne sais pas

Sources du bruit :

- Au poste du salarié _____
 Dans son environnement _____

Type de bruit :

- Continu :
 Permanent ou Rythmé
 Aléatoire ou impulsif :

:
:

Durée d'exposition : (en années) | _ | _ | ans

Nombre d'heures d'exposition au bruit (en h/j) | _ | h

Gène sonore : _____

Port de protection auditive : OUI NON *
Permanent : Occasionnel : *



Quel type ? : Bouchons simple Bouchons moulés Serre tête
 Casque : Actif Passif

(*) -Si NON ou occasionnel, pour quelles raisons ?

BILAN AUDITIF

Antécédent de pathologies ORL : OUI NON
Lesquelles ? : (préciser si otospongiose ,surdit e familiale)

Pratique de loisirs bruyants (musique, ball trap, chasse, MP3...) : _____

Existence de difficultés auditives : OUI NON

Autres signes auditifs (  préciser : bourdonnements, sifflements, douleurs ,écoulement ...):

EXAMEN AUDIOMETRIQUE : En cabine :

Voix chuchotée derrière le S entendue : Oui Non

Hors cabine : Calme Bruyant

Délai entre la fin de l'exposition et l'examen(en heure) : _____

Otoscopie : Bouchons de C rumen Oui Non
 Si oui,

OUI NON
 Droit Gauche

Coopération du salarié : Bonne Moyenne Mauvaise

RESULTAT COURBE AUDIOMETRIQUE AVEC CALCUL DE L'INDICE PRECOCE D'ALERTE

IPA :
$$\frac{(\text{déficit } 3000\text{HZ}) + \text{déficit } (6000\text{HZ})}{3}$$

Calcul du déficit audiométrique moyen :

$$\frac{(\text{Déficit } 500\text{HZ}) + (\text{déficit } 1000\text{HZ}) + (\text{déficit } 2000\text{HZ}) + (\text{déficit } 4000\text{HZ})}{4}$$

Si le résultat > 35, possibilité de déclarer en MP



EFFETS EXTRA AUDITIFS DU BRUIT

1) Cardiovasculaires :

TA : (Position assise, bras gauche, après un temps de repos) = /

Fréquence cardiaque : _____ cycles/ min

HTA connue

OUI NON

Traitée : OUI NON

Traitement à visée cardiovasculaire : OUI NON

Lequel ? : _____

2) Effets Neuro-psychiques :

Ressentez-vous :

- | | |
|-------------------------------------|---|
| -Des vertiges : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| -Fatigue, lassitude : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| -Anxiété, nervosité, irritabilité : | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| -Troubles du sommeil: | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

3) Retentissement social :

Etes-vous gêné dans votre vie sociale, en particulier en groupe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Et dans votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Commentaire :



INFORMATION DU SALARIE

Avez-vous déjà reçu une information :	OUI	NON
- Information orale sur les risques santé liées à l'exposition au bruit	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- Information sur le port de protections auditives	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
- Remise d'un document ou d'une plaquette d'information	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

CONCLUSION DE L'ENTRETIEN

- Orientation
- Mesure du bruit à faire
- Etude de poste
- A revoir en visite médicale

Date :

Signature