

## NOTE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Vous allez réaliser un Examen de Prévention de Santé (EPS) à l'UC-Centre de Médecine Préventive.

Comme cela vous l'a été expliqué par téléphone, au vu du contexte actuel du COVID-19 et des mesures sanitaires, **il n'y aura pas de petit déjeuner sur place.**

Voici quelques recommandations à retenir avant votre venue :

Prendre un petit déjeuner (si vous le souhaitez) :

- Prendre un petit déjeuner **très léger** composé des ingrédients suivants :
  - Boisson non sucrée (eau, thé, café, tisane), en quantité raisonnable.
  - Un morceau de pain sans matière grasse, ni confiture, ni miel.
  - Si vous suivez un traitement : prendre vos médicaments avec le petit déjeuner.
  
- Si vous êtes diabétique, prenez votre petit déjeuner habituel, ainsi que votre traitement.

Symptômes :

**Si vous présentez un des signes suivants :**

- de la fièvre (> 37.8 °C),
- une perte brutale / subite du goût ou de l'odorat,
- des frissons,
- des courbatures, une fatigue, des maux de tête inhabituels,
- une toux inhabituelle,
- un nez qui coule depuis quelques jours,
- une gêne respiratoire,
- des signes récents inhabituels de douleurs abdominales, vomissements et diarrhées.

**Prenez contact avec votre médecin traitant,  
et contactez-nous au : 03.83.44.87.50 afin de reporter votre rendez-vous.**

**Si vous ne présentez aucun symptôme, venez à votre rendez-vous muni d'un stylo.**

La direction médicale.



N'OUBLIEZ PAS  
D'APPORTER LE  
CARNET DE SANTÉ

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE 4 À 15 ANS

## À L'ATTENTION DU REPRÉSENTANT LEGAL DE L'ENFANT (PÈRE, MÈRE, OU TUTEUR)

Ce questionnaire et chacune des questions qu'il contient ont un caractère facultatif. Il est sans incidence sur le bénéfice de l'examen périodique de santé de l'enfant. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir car vos réponses nous permettent de personnaliser **l'examen périodique de santé de votre enfant** (ou de l'enfant que vous représentez).

**Vos réponses sont strictement confidentielles.** Les professionnels du Centre d'examens de santé habilités à y accéder sont tenus au secret professionnel.

## COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

- Pour la plupart des questions, vous trouverez des cases du type «  ». Pour répondre, il suffit de cocher ces cases.  
Exemple : Mme  M.
- Sauf indication contraire, vous ne devez cocher qu'une seule case, celle qui vous semble le mieux correspondre à votre situation.

Il faut environ une dizaine de minutes pour compléter ce questionnaire. En cas de besoin, n'hésitez pas à demander l'aide du personnel du Centre.

## À QUI REMETTRE CE QUESTIONNAIRE ?

UNE FOIS REMPLI PAR VOS SOINS LE QUESTIONNAIRE EST REMIS EN MAINS PROPRES OU SOUS PLI CONFIDENTIEL AU PERSONNEL DU CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ EN MÊME TEMPS QUE VOTRE AUTORISATION CONCERNANT L'EXAMEN PÉRIODIQUE DE SANTÉ.

## 1. LES QUESTIONS SOCIO-ADMINISTRATIVES DE L'ENFANT ET SA FAMILLE

### 1.1 MIEUX VOUS CONNAITRE

#### • RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Nom ..... Prénom .....

Sexe :  Garçon  Fille

Date de naissance (JJ/MM/AA) : ..... / ..... / .....

Adresse : N° ..... Complément (Bis, Ter...) .....

Type de voie (rue, Bd, Av...) .....

Nom de la voie .....

Complément d'adresse (App, Bât, Etage...) .....

Code postal ..... Commune .....

L'enfant vit chez :  Ses 2 parents,  Son père,  Sa mère  
 Autre, précisez : .....

L'enfant est-il scolarisé ?  Oui  Non  
 > SI OUI, dans quelle classe ? .....

#### • RENSEIGNEMENTS DU PÈRE

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance (JJ/MM/AA) : ..... / ..... / .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :  
 N° ..... Complément (Bis, Ter...) .....

Type de voie (rue, Bd, Av...) .....

Nom de la voie .....

Complément d'adresse (App, Bât, Etage...) .....

Code postal ..... Commune .....

N° Tél. (portable de préférence) : .....

Courrier électronique : .....@.....

Avez-vous une activité professionnelle rémunérée ? .....  Oui  Non  
 > SI OUI, laquelle ? .....

> Sous quelle forme ?  
 En contrat à durée indéterminée (CDI)  
 En contrat à durée déterminée (CDD, saisonnier, ou intérimaire)  
 Travailleur indépendant  
 En contrat aidé  
 Stagiaire  
 Autre, précisez : .....

> Sinon, êtes-vous ?  
 En retraite ou pré-retraite : .....  Oui  Non  
 En recherche d'emploi : .....  Oui  Non  
 Chômeur n'ayant jamais travaillé  
 (à la recherche d'un 1<sup>er</sup> emploi) : .....  Oui  Non  
 Adulte en formation professionnelle : .....  Oui  Non  
 Étudiant, lycéen, en apprentissage : .....  Oui  Non  
 Personne au foyer : .....  Oui  Non

#### • RENSEIGNEMENTS DE LA MÈRE

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance (JJ/MM/AA) : ..... / ..... / .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :  
 N° ..... Complément (Bis, Ter...) .....

Type de voie (rue, Bd, Av...) .....

Nom de la voie .....

Complément d'adresse (App, Bât, Etage...) .....

Code postal ..... Commune .....

N° Tél. (portable de préférence) : .....

Courrier électronique : .....@.....

Avez-vous une activité professionnelle rémunérée ? .....  Oui  Non  
 > SI OUI, laquelle ? .....

> Sous quelle forme ?  
 En contrat à durée indéterminée (CDI)  
 En contrat à durée déterminée (CDD, saisonnier, ou intérimaire)  
 Travailleur indépendant  
 En contrat aidé  
 Stagiaire  
 Autre, précisez : .....

> SI NON, êtes-vous ?  
 En retraite ou pré-retraite : .....  Oui  Non  
 En recherche d'emploi : .....  Oui  Non  
 Chômeur n'ayant jamais travaillé  
 (à la recherche d'un 1<sup>er</sup> emploi) : .....  Oui  Non  
 Adulte en formation professionnelle : .....  Oui  Non  
 Étudiante, lycéenne, en apprentissage : .....  Oui  Non  
 Personne au foyer : .....  Oui  Non

#### • RENSEIGNEMENTS DU TUTEUR

Nom ..... Prénom .....

Date de naissance (JJ/MM/AA) : ..... / ..... / .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) :  
 N° ..... Complément (Bis, Ter...) .....

Type de voie (rue, Bd, Av...) .....

Nom de la voie .....

Complément d'adresse (App, Bât, Etage...) .....

Code postal ..... Commune .....

N° Tél. (portable de préférence) : .....

Courrier électronique : .....@.....

#### • RENSEIGNEMENTS DU (DES) MEDECIN(S) SUIVANT L'ENFANT

Nom ..... Prénom .....

N° Tél. (portable de préférence) : .....

Courrier électronique : .....@.....

Nom ..... Prénom .....

N° Tél. (portable de préférence) : .....

Courrier électronique : .....@.....

### 1.2 COUVERTURE SOCIALE DE L'ENFANT

Bénéficie-t-il d'une prise en charge à 100% ? ..  Oui  Non  Ne sais pas  
 > SI OUI, est-ce au titre :  
 de l'ALD (Affection Longue Durée) : .....  Oui  Non  Ne sais pas

Bénéficie-t-il de la complémentaire santé  
 de ses parents ? .....  Oui  Non  Ne sais pas  
 > SI OUI, actuellement, bénéficie-t-il de la  
 CMUC, appelée aussi couverture  
 maladie universelle complémentaire ? ..  Oui  Non  Ne sais pas

Bénéficie-t-il de l'ACS ?  
 (Aide à la Complémentaire Santé) .....  Oui  Non  Ne sais pas  
 > SI NON, souhaiteriez-vous obtenir une  
 information sur ces deux dispositifs ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

## 2. LES QUESTIONS MÉDICALES

### 2.1 APPRECIATION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DE L'ENFANT

Comment trouvez-vous la santé de l'enfant ?  
(Cochez la case correspondante : 0 = très mauvaise, 10 = très bonne)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### 2.2 SANTÉ DE LA FAMILLE

Un des proches de l'enfant (père, mère, frères et sœurs) a-t-il ou a-t-elle eu :

Un diabète ?  Oui  Non  Ne sais pas

Un cholestérol trop élevé avant 50 ans ?  
(Hypercholestérolémie familiale, dyslipidémie) ?  Oui  Non  Ne sais pas

Un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 45 ans  Oui  Non  Ne sais pas

Un infarctus du myocarde ou une mort subite  
(avant 55 ans pour le père / avant 65 ans pour la mère)  Oui  Non  Ne sais pas

Un asthme ?  Oui  Non  Ne sais pas

Une allergie ?  Oui  Non  Ne sais pas

Une myopie (problème de vue de loin) ?  Oui  Non  Ne sais pas

Une surdité avant 50 ans ?  Oui  Non  Ne sais pas

Une autre maladie héréditaire  Oui  Non  Ne sais pas  
> SI OUI, précisez laquelle ? .....

Lorsqu'elle était enceinte de l'enfant, la mère a-t-elle eu une hépatite B ?  Oui  Non  Ne sais pas

Lorsqu'elle était enceinte de l'enfant, la mère a-t-elle eu un diabète ?  Oui  Non  Ne sais pas

### 2.3 SANTÉ DE L'ENFANT : SON PASSÉ

À la naissance, le poids de l'enfant était-il supérieur à 4kg ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il eu des interventions / opérations chirurgicales  Oui  Non  Ne sais pas  
> SI OUI, précisez lesquelles : .....

L'enfant a-t-il été suivi médicalement pour une (des) maladie(s) ?  Oui  Non  Ne sais pas  
> SI OUI, précisez lesquelles .....

L'enfant a-t-il eu un (d') autre(s) problème(s) de santé ?  Oui  Non  Ne sais pas  
> SI OUI, précisez lesquelles .....

### 2.4 SANTÉ DE L'ENFANT : SON ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

#### • SUIVI DENTAIRE

Au cours des 6 derniers mois, l'enfant a-t-il consulté un dentiste ?  Oui  Non  Ne sais pas

Connaissez-vous le programme Mt'dents ?  
(rendez-vous de prévention offerts par l'assurance maladie à 6, 9, 12, 15 et 18 ans)  
 Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, l'enfant-t-il déjà eu un rendez-vous Mt'dents ?  Oui  Non  Ne sais pas

#### • SUIVI DE LA VUE

L'enfant a-t-il des problèmes de vue ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il des lunettes / lentilles ?  Oui  Non  Ne sais pas

Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il eu un examen de la vue ?  Oui  Non  Ne sais pas

#### • SUIVI VACCINAL

L'enfant est-il à jour de ses vaccinations ?  Oui  Non  Ne sais pas

#### • SUIVI GYNÉCOLOGIQUE (pour les filles)

L'enfant a-t-elle déjà consulté un gynécologue ?  Oui  Non  Ne sais pas

#### • SUIVI DE L'AUDITION

L'enfant vous fait-il répéter ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant parle-t-il fort ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant monte-t-il anormalement le son de la télévision ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il déjà consulté un spécialiste pour un problème d'audition ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, est-il actuellement suivi ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant porte-t-il des appareils auditifs ?  Oui  Non  Ne sais pas

#### • SUIVI MEDICAL

Quand l'enfant a-t-il consulté un médecin pour la dernière fois ?

.....  
Pour quelle raison ?

.....  
L'enfant a-t-il du diabète ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, est-il actuellement suivi ?  Oui  Non

L'enfant a-t-il déjà eu une mesure de la glycémie (niveau de sucre dans le sang) ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, il y a ?  - de 1 an  + de 1 an  
 Ne sais pas

Le résultat était-il normal ?  
(venir avec les résultats)  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il une hypercholestérolémie ?  
(cholestérol trop élevé)  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, est-il suivi actuellement ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il déjà eu une mesure de cholestérol ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, il y a ?  - de 1 an  + de 1 an  
 Ne sais pas

Le résultat était-il normal ?  
(venir avec les résultats)  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il une tension artérielle trop élevée ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, est-il actuellement suivi ?  Oui  Non

## • SUIVI MÉDICAL (SUITE)

L'enfant a-t-il déjà eu

une mesure de la tension artérielle ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, il y a ?  - de 1 an  + de 1 an

Ne sais pas

Le résultat était-il normal ?

(venir avec les résultats)  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il de l'asthme ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, est-il suivi actuellement ?  Oui  Non

L'enfant est-il facilement essoufflé ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il des crises de sifflements

dans la poitrine ?  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il parfois une toux sèche la nuit ?

(hors épisodes de rhume, grippe) :  Oui  Non  Ne sais pas

L'enfant a-t-il une anémie ?

(manque de fer dans le sang)  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, est-il suivi actuellement ?  Oui  Non

L'enfant a-t-il un problème de dos ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, précisez lequel : .....

.....

.....

L'enfant est-il actuellement suivi par un psychologue

ou un psychiatre ?  Oui  Non

> SI OUI, pour quelle raison : .....

.....

.....

L'enfant est-il actuellement suivi

pour un problème de poids ?  Oui  Non

L'enfant suit-il actuellement

un régime particulier ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, précisez lequel : .....

.....

.....

.....

L'enfant a-t-il une autre maladie ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, précisez laquelle : .....

.....

.....

.....

L'enfant prend-il régulièrement

des médicaments ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, précisez lesquels : .....

.....

.....

.....

En ce moment, avez-vous des inquiétudes

concernant la santé de l'enfant ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, précisez lesquelles : .....

.....

.....

.....

DATE :

SIGNATURE :

**Informatique et Libertés :** Comme l'ensemble des résultats de votre Examen Périodique de Santé, vos réponses à ce questionnaire feront l'objet d'un traitement informatique et/ou papier destiné à la bonne gestion de votre dossier médical. Ce traitement a fait l'objet des formalités administratives prescrites par la loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée. En application de cette loi, vous avez le droit d'accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, aux informations contenues dans votre dossier médical. Vous avez également le droit d'exiger du Centre que ces informations soient rectifiées, complétées ou mises à jour. Enfin, vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement informatique de vos informations. Pour exercer vos droits, il suffit de vous rapprocher du Médecin Responsable du Centre. Si vous êtes mineur ou placé sous un régime de tutelle, ces droits sont exercés par votre représentant légal.

**Hébergement de vos données :** Vos données sont entendues ici comme étant l'ensemble des informations vous concernant, recueillies au Centre d'Examens de Santé et conservées sur support informatique. Vous êtes informé(e) que vos données sont hébergées par une société française agréée pour l'hébergement des données de santé. Cet agrément a été délivré par le ministre de la Santé. Il garantit la confidentialité et la sécurité de vos données.