



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 de prévention en santé de l'enfant. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir car vos réponses nous permettent de personnaliser **l'examen de prévention en 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 DE PRÉVENTION EN 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^{er} 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^{er} 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
Complémentaire Santé Solidaire :
SANS participation financière ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas
AVEC participation financière ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI NON, souhaitez-vous obtenir
une information sur la Complémentaire
Santé Solidaire ? ☐ 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 :

.....

.....

.....

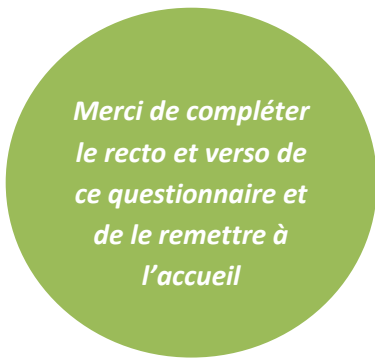
.....

DATE :

SIGNATURE :

Mentions légales : L'Assurance maladie propose à ses assurés la réalisation de l'examen de prévention en santé et son suivi en centre d'examen de santé. Cet examen implique un traitement de données à caractère personnel vous concernant, dont la mise en œuvre est nécessaire au respect d'une mission d'intérêt public. Les données nécessaires au traitement de votre dossier sont transmises aux professionnels intervenant dans votre examen. Sauf opposition de votre part, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation du service par l'Assurance Maladie ou par ses prestataires. Elles sont conservées au maximum vingt ans, à compter de votre dernière venue au centre, puis sont détruites.

Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent sur demande écrite auprès du Directeur de votre organisme de rattachement ou de son (sa) Délégué(e) à la Protection des Données. En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.



Questionnaire

« Mieux Vous Connaître »

Destiné aux consultants à partir de 16 ans



NOM :

Prénom :

Bouger, manger, se brosser les dents sont des actes habituels que nous réalisons au quotidien, parfois sans en mesurer l'importance pour maintenir notre état de santé.

Ce questionnaire vous permettra de **faire le point et d'échanger** avec des professionnels de santé, tout au long de votre parcours au Centre de Médecine Préventive.

Votre activité physique

1. Dans votre vie de tous les jours, quelle(s) activité(s) physique(s) ou sportive(s) pratiquez-vous ?

.....

.....

.....

2. Comment vous sentez-vous lorsque vous bougez ?

.....

.....

.....

Votre alimentation

3. Que pensez-vous de vos habitudes alimentaires ?

.....

.....

.....

Votre santé dentaire

4. Que pensez-vous de l'état de vos dents ?

.....

.....

.....

Commentaires

.....

.....

.....



(A) Comportements sédentaires	1	2	3	4	5	SCORES
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5h ☐	4 à 5h ☐	3 à 4h ☐	2 à 3h ☐	Moins de 2h ☐	
Total (A)						
(B) Activités physiques de loisirs <i>planifiées avec tenue adaptées</i>	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non ☐				Oui ☐	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois/ mois ☐	1 fois/ semaine ☐	2 fois/ semaine ☐	3 fois/ semaine ☐	4 fois/ semaine ☐	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min ☐	16 à 30 min ☐	31 à 45 min ☐	46 à 60 min ☐	Plus de 60 min ☐	
Habituellement, comment percevez-vous votre effort ?	Très léger ☐	Léger ☐	Moyen ☐	Difficile ☐	Très difficile ☐	
Total (B)						
(C) Activités Physiques quotidiennes	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique <i>votre travail régulier professionnel ou non</i> requiert-il ?	Légère ☐	Modérée ☐	Moyenne ☐	Intense ☐	Très intense ☐	
En dehors de ce travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers (bricolage, jardinage, ménage, etc.) ?	Moins de 2h ☐	3 à 4h ☐	5 à 6h ☐	7 à 9h ☐	Plus de 10h ☐	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche (<i>trajets, marche non sportive</i>) ?	Moins de 15 min ☐	16 à 30 min ☐	31 à 45 min ☐	46 à 60 min ☐	Plus de 60 min ☐	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 ☐	3 à 5 ☐	6 à 10 ☐	11 à 15 ☐	Plus de 16 ☐	
Total (C)						
TOTAL (A) + (B) + (C)						=

EVALUER VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL – QUESTIONNAIRE FACE :

Réf. : 4-5/8

1. A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

- ☐ Jamais (0)
 ☐ Une fois par mois ou moins (1)
 ☐ Deux à quatre fois par mois (2)
 ☐ Deux à trois fois par semaine (3)
 ☐ Quatre fois par semaine ou plus (4)

2. Combien de verres standards* buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

- ☐ Un ou deux (0)
 ☐ Trois ou quatre (1)
 ☐ Cinq ou six (2)
 ☐ Sept à neuf (3)
 ☐ Dix ou plus (4)

*1 verre standard = 10 cl de vin à 12° = 25 cl de bière à 5° = 7 cl d'apéritif à 18° = 2,5 cl d'alcool fort à 45°

3. Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

- ☐ Non (0)
 ☐ Oui (4)

4. Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- ☐ Non (0)
 ☐ Oui (4)

5. Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- ☐ Non (0)
 ☐ Oui (4)

TOTAL =