



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 <input type="checkbox"/>	4 à 5h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	2 à 3h <input type="checkbox"/>	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois/ mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement, comment percevez-vous votre effort ?	Très léger <input type="checkbox"/>	Léger <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>	Très difficile <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de ce travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers (bricolage, jardinage, ménage, etc.) ?	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	5 à 6h <input type="checkbox"/>	7 à 9h <input type="checkbox"/>	Plus de 10h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche (<i>trajets, marche non sportive</i>) ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
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 =