QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Mon Bilan Prévention

18-25 ans

POURQUOI REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Ce questionnaire permet de mieux connaitre votre état de santé.

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.

Ce questionnaire et chacune des questions qu'il contient ont un caractère facultatif. Il est sans incidence sur le bénéfice deMon Bilan Prévention. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir car vos réponses nous permettent de personnaliser Mon Bilan Prévention.

A QUI REMETTRE CE QUESTIONNAIRE ?

UNE FOIS REMPLI PAR VOS SOINS, LE QUESTIONNAIRE SERA A REMETTRE EN MAINS PROPRES OU SOUS PLI CONFIDENTIEL AU PERSONNEL DU CENTRE D'EXAMENS.

LES QUESTIONS SOCIO-ADMINISTRATIVES

Q1- mieux vous connaître

☐ **Madame** ☐ **Monsieur**

Nom..... **Nom marital**.....

Prénom .....

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**.....

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

Courrier électronique ..... @.....

Q2- votre couverture sociale

Etes-vous ? ..... ☐ Assuré(e) ☐ Ayant droit ☐ En cours d'affiliation

Bénéficiez-vous 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
de l'invalidité : ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous une complémentaire santé ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, actuellement, bénéficiez-vous 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

Q3- votre parcours de soins

Avez-vous un médecin traitant ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, l'avez-vous déclaré ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Q4- votre environnement social et familial

Rencontrez-vous parfois un travailleur social *(Assistante sociale, Éducateur...)* ?..... ☐ Oui ☐ Non

Vivez-vous en couple ?..... ☐ Oui ☐ Non

> SI NON, êtes-vous : ☐ Divorcé(e)/Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

Si vous avez de jeunes enfants êtes-vous seul(e) à élever vos enfants ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Assumez-vous un rôle d'aidant pour une personne âgée, handicapée, malade ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? ☐ Oui ☐ Non

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?..... ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? ..... ☐ Oui ☐ Non

En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? ..... ☐ Oui ☐ Non

En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Prendre soin de soi est important

C'est pourquoi entre 18 et 25 ans, il est recommandé de faire le point sur sa santé avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme ou pharmacien). Ce Bilan Prévention, recommandé, est totalement pris en charge par l'assurance maladie.

Répondez dès à présent au questionnaire ci-dessous afin de préparer votre Bilan Prévention. *Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions ci-dessous, certaines pourront être abordées directement avec le professionnel de santé si vous le souhaitez.*

Situation personnelle, environnement social et familial

Q1 – Vous êtes :

○ Une femme ○ Un homme ○ Autre

Q2 - Vous êtes :

○ En études ○ En emploi
○ À la recherche d'un emploi
○ En cumul étude-emploi
○ Autre

Q3 - Vous habitez :

○ Seul(e) ○ Chez vos parents
○ En couple
○ Avec d'autres personnes (amis, colocataires, …)

Q4 - Avez-vous un ou plusieurs enfants ?

○ Oui ○ Non

Q5 - Si oui, êtes-vous seul(e) pour l'élever ou les élever ?

○ Oui ○ Non

Q6 - Envisagez-vous d'avoir un enfant dans les 5 prochaines années ?

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Q7 - Assumez-vous un rôle d'aidant, c'est-à- dire aidez-vous une personne (adolescente ou adulte) de manière régulière et fréquente, en raison de son âge, de la maladie ou d'une situation de handicap ?

○ Oui ○ Non

Q8 - En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?

○ Oui ○ Non

Q9 - Jugez-vous vos conditions de vie, de travail ou d'étude difficiles/pénibles ?

○ Oui ○ Non

Vos antécédents personnels et familiaux

Q10 - Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ?

☐ Diabète
☐ Maladie congénitale
☐ Allergie(s)
☐ Cancers
☐ Maladies respiratoires (asthme…)
☐ Dépression et/ou troubles anxieux et/ou troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie…)
☐ Autre(s) maladie(s) : _____
☐ Aucune

Q11 - Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

○ Oui ○ Non

Q12 - À quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?

○ Moins de 6 mois ○ Plus de 6 mois
○ Jamais réalisée

Merci d'en rapporter les résultats, si possible, lors de votre Bilan Prévention

Q13 - Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ?

Exemple : diabète, hypertension artérielle, cancer, infarctus, hypercholestérolémie familiale, mort subite…

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Votre état de santé actuel

Q14 - Suivez-vous actuellement un traitement ?

○ Oui ○ Non

Si oui, veuillez amener, si possible, vos ordonnances lors du Bilan Prévention.

Q15 - Taille : ☐ **m**

Q16 - Poids : ☐ **kg**

Q17 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?

○ Oui, un amaigrissement
○ Oui, une prise de poids
○ Non

Q18 - Diriez-vous que la nourriture occupe une place très importante dans votre vie ?

○ Oui ○ Non

Q19 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin…) ?

○ Oui ○ Non

Q20 - Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?

○ Oui ○ Non

Activité physique, sédentarité et alimentation

Q21 - Combien de fois par semaine faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques au cours d'une journée (marche, ménage, jogging, vélo, activité physique liée à votre profession, autre activité sportive, …) ?

○ Jamais
○ 1 à 2 fois par semaine
○ 3 à 4 fois par semaine
○ 5 à 7 fois par semaine

Q22 - Concernant votre consommation de fruits et légumes, vous en mangez :

○ Au moins 5 portions par jour
○ Entre 1 et 4 portions par jour
○ De temps en temps
○ Rarement
○ Jamais

Q23 - À quelle fréquence consommez-vous des aliments gras/sucrés/salés (exemple : charcuterie, soda, bonbons, pâtisseries, chips, fast-food, glaces) ?

○ Plusieurs fois par jour
○ Plusieurs fois par semaine
○ Une fois par semaine
○ Une fois par mois
○ Jamais

Q24 - Combien de temps par jour passez-vous assis(e) ou allongé(e) hors période de sommeil ?

○ Moins de 2 heures
○ Entre 2 et 4 heures
○ Entre 4 et 7 heures
○ Plus de 7 heures
○ Je ne sais pas

Q25 - Combien de temps par jour passez- vous devant un écran en dehors des études ou du travail (téléphone portable, télévision, jeux vidéo, ordinateur) ?

○ Moins d'une heure
○ Entre 1 heure et 2 heures
○ Entre 2 et 4 heures
○ Plus de 4 heures
○ Je ne sais pas

Vaccins, dépistages et santé sexuelle

Q26 - Êtes-vous à jour de vos vaccins et rappels de vaccins ?

Merci de rapporter, si possible, votre carnet de vaccination lors de votre Bilan Prévention.

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Q27 - Êtes-vous vacciné(e) contre les papillomavirus humains (HPV) ?

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Q28 - Si vous avez 25 ans, avez-vous réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Si oui, merci de rapporter, si possible, les résultats de ce dépistage lors de votre Bilan Prévention.

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Q29 - Êtes-vous allée chez le gynécologue dans les 12 derniers mois ?

- ○ Oui ○ Non
- ○ Non concerné(e)

Q30 - Utilisez-vous un moyen de contraception ?

- ○ Oui ○ Non

Q31 - Avez-vous des douleurs intenses au bas ventre au moment de la période des règles ?

- ○ Oui ○ Non
- ○ Non concerné(e)

Q32 - Avez-vous déjà réalisé un dépistage des infections sexuellement transmissibles ?

- ○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Q33 - Êtes-vous dans l'une des situations suivantes (possibilité de cocher plusieurs réponses) ?

- ☐ Plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois
- ☐ Souhait d'arrêter le préservatif avec mon nouveau (ou ma nouvelle) partenaire
- ☐ Mon (ma) partenaire sexuel(le) a eu un (ou plusieurs) diagnostic(s) d'infection sexuellement transmissible (VIH, chlamydia, gonocoque, syphilis…) dans les 12 derniers mois
- ☐ Rapports sexuels ces 12 derniers mois mais non concerné(e) par une de ces trois situations ci-dessus
- ☐ Non concerné(e)

Conduites addictives, consommation de boissons alcoolisées, tabac et autres substances

Q34 - Au cours de l'année écoulée, concernant votre consommation de boissons alcoolisées :

- ☐ Vous buvez plus de 2 verres standards par jour
- ☐ Vous buvez plus de 10 verres standards par semaine
- ☐ Vous ne buvez pas de boissons alcoolisées au moins 2 jours dans la semaine

Q35 - Vous arrive-t-il de consommer rapidement une quantité importante de boissons alcoolisées afin d'obtenir une sensation d'ivresse ?

- ○ Oui ○ Non

Q36 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé…) ou vapotez-vous ?

- ☐ Oui, je fume ☐ Oui, je vapote
- ☐ Non ☐ J'ai arrêté

Q37 - Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ? Cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint ou shit), d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne, etc.) ou du protoxyde d'azote ?

- ☐ Oui, du cannabis
- ☐ Oui, d'autres drogues
- ☐ Oui, du protoxyde d'azote
- ☐ Non

Q38 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous misé de l'argent pour un jeu (loterie, poker…), un pari (sportif, hippique…) ?

- ○ Oui, souvent
- ○ Oui, de temps en temps
- ○ Oui, rarement
- ○ Non

Santé et bien-être mental, violences

Q39 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non
- ☐ Vous prenez des somnifères

Q40 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :

- ○ Moins de 6h par nuit
- ○ Entre 6h et 10h par nuit
- ○ 10h ou plus par nuit

Q41 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ?

- ○ Jamais
- ○ Plusieurs jours
- ○ Plus de sept jours
- ○ Presque tous les jours

Q42 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes ?

- ○ Jamais
- ○ Plusieurs jours
- ○ Plus de sept jours
- ○ Presque tous les jours

Q43 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?

- ○ Jamais
- ○ Plusieurs jours
- ○ Plus de sept jours
- ○ Presque tous les jours

Précisions complémentaires concernant votre santé

Q47 - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?

- ☐ Mieux dormir
- ☐ Améliorer mon alimentation et bouger plus
- ☐ Réduire ou arrêter ma consommation de tabac
- ☐ Réduire ou arrêter ma consommation d'alcool
- ☐ Améliorer mon bien-être mental, réduire mon stress ou mon anxiété
- ☐ Passer moins de temps devant un écran ou mon téléphone
- ☐ Mieux m'informer sur les dépistages concernant ma tranche d'âge

Q47 bis - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention

Q44 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé un sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir ?

- ○ Jamais
- ○ Plusieurs jours
- ○ Plus de sept jours
- ○ Presque tous les jours

Q45 - Avez-vous déjà eu des idées noires/ suicidaires ou fait une tentative de suicide ?

- ☐ Oui, des idées noires/suicidaires
- ☐ Oui, une ou des tentatives de suicide
- ☐ Non

Q46 - Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (menaces, chantage, humiliations, coups, mutilations…), harcèlements, discrimination, soumission chimiques ou drogues sans consentement (ex : GHB) ?

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

CONSENTEMENT À MON BILAN PRÉVENTION

Je soussigné(e),

☐ Mme ☐ M. Nom .....

Prénom .....

Date de naissance ..... /..... /.....

☐ Autorise la communication à mon médecin traitant de la synthèse de Mon Bilan Prévention (Fiche de repérage et plan personnalisé de prévention).

Fait à ..... **Le** _ _ /_ _ / _ _

Signature :

L'Assurance maladie propose à ses assurés la réalisation de Mon Bilan Prévention. 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 anonymisées pourront être utilisées à des fins d'évaluation du service par l'Assurance Maladie. 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 :dpo.uc-cmp@assurance-maladie.fr.