



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



Mon Bilan Prévention

45-50 ans

POURQUOI REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Ce questionnaire permet de mieux connaître 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 de Mon 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

Êtes-vous ? Assuré(e) Ayant droit En cours d'affiliation

Bénéficiez-vous d'une prise

en charge à 100% ? Oui Non Ne sais pas 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'aïdant 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

LES QUESTIONS MÉDICALES



VOS ANTÉCEDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

Q5- Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ?

- Maladies cardiovasculaires (diabète, hypertension artérielle, insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, hypercholestérolémie)
- Maladies respiratoires (asthme, broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO))
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)
- Polypes colorectaux
- Cancers
- Autres

Q6- Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? Oui Non

Q7- A quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?

- Moins de 6 mois
- Plus de 6 mois

Merci de la/les rapporter lors de votre bilan de prévention

Q8- Est-ce que vos père, mère, frère(s) et/ou sœur(s) ont déjà eu l'une des maladies suivantes ?

Infarctus du myocarde ou une mort subite :

- > chez votre père ou frère avant 55 ans : Oui Non Ne sais pas
- > chez votre mère ou sœur avant 65 ans : Oui Non Ne sais pas

Accident vasculaire cérébral

avant l'âge de 45 ans Oui Non Ne sais pas

Hypertension artérielle Oui Non Ne sais pas

Diabète Oui Non Ne sais pas

Dépression Oui Non Ne sais pas

Un cancer du côlon Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, précisez à quel âge :

Un cancer du sein Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, précisez à quel âge :

Autres cancers ou autres

maladies (notamment maladie génétique) Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, qui et lesquels ?

.....

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

Q9- : Taille cm

Q10- : Poids.....kg

Q11- Avez-vous subi une variation de poids ces derniers mois ?

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

Q12- Suivez-vous actuellement

un traitement ? Oui Non

Q13- Toussez-vous souvent

(tous les jours) ? Oui Non

Q14- Avez-vous souvent une toux grasse

ou qui ramène des crachats ? Oui Non

Q15- Êtes-vous plus facilement essoufflé(e) que

les personnes de votre âge ? Oui Non

Q16- Avez-vous des pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil, constatés par votre entourage ? Oui Non

Q17- Avez-vous constaté un gonflement important et ou inhabituel de vos chevilles ou jambes

ces 2 dernières semaines ? Oui Non



Q18- Si vous êtes une femme, présentez-vous des symptômes de ménopause (bouffées de chaleur, problèmes de sommeil, sécheresse vaginale, troubles urinaires, fatigue, anxiété, irritabilité) : Oui Non Non concernée

Q19- Êtes-vous allé(e) chez le dentiste

Dans les 12 derniers mois ? Oui Non



ACTIVITE PHYSIQUE, SÉDENTARITE ET ALIMENTATION

Q20- Faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour (marche, vélo, jardinage, ménage, jogging, autre activité sportive...) ? :

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

Q21- mangez-vous des fruits et légumes ? :

- Tous les jours
- Pas tous les jours
- Non

Q22- Avez-vous tendance à consommer des aliments trop gras/sucrés/salés (charcuterie, soda, confiserie, plats industriels (fast-food, plats préparés), ajout régulier de sel à table) ? : Oui Non

Q23- Avez-vous l'impression d'avoir plus de difficultés à réaliser vos activités quotidiennes ?

..... Oui Non

Q24- Vos conditions de travail sont difficiles/pénibles ? Oui Non

VACCINS, DÉPISTAGES

Q25- Êtes-vous à jour des vaccins obligatoires

(diphtérie, tétanos, polio) ? Oui Non Ne sais pas

Merci de rapporter votre carnet de vaccinations lors de votre consultation



Q26- Avez-vous réalisé votre test de dépistage du cancer du col de l'utérus ? Oui Non Ne sais pas



Q27- Si vous avez 50 ans, avez-vous réalisé votre mammographie de dépistage du cancer du sein ? Oui Non Ne sais pas

Q28- Si vous avez 50 ans, avez-vous réalisé

votre test de dépistage du cancer colorectal ? Oui Non Ne sais pas

Q29- Êtes-vous dans l'une des situations suivantes (possibilité de cocher plusieurs réponses) :

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

MON BILAN PRÉVENTION

ADDICTIONS, CONSOMMATION D'ALCOOL, TABAC ET AUTRES SUBSTANCES

Q30- Nombre de verres d'alcool que vous consommez sur une semaine habituelle :

Q31- Fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, cigarillo, pipe, chicha, narguilé...)

/ vapotez-vous ? Oui Non J'ai arrêté de fumer

Q32- Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?

- Moins d'un an
- Entre 1 an et 5 ans
- Plus de 5 ans

Q33- Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ? cannabis (du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit) ou d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne etc.) ? :

Oui Non



SANTÉ ET BIEN-ÊTRE MENTAL, PRÉVENTION DES VIOLENCES

Q34- Vous avez déjà été ou vous êtes traité pour une dépression/troubles anxieux ? Oui Non

Q35- Prenez-vous du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois ? Oui Non

Q36- Vous ne vous intéressez plus à votre apparence ? Oui Non

Q37- Vous vous faites du souci ? Oui Non

Q38- Vous dormez ?

- Bien
- Mal de temps en temps
- Mal souvent
- Mal tout le temps
- Ma consommation d'écran (smartphone, ordinateur, ...) limite mon temps de sommeil

Q39- Erouvez-vous de l'anxiété et/ou des sensations soudaines de panique ?

Oui Non

Q40- Avez-vous déjà été victime de violences physiques ou psychiques (coups, mutilations, menaces, chantage, humiliations...), harcèlements, discrimination, etc... ?...

Oui Non Ne sais pas

VOS PRÉOCCUPATIONS AU QUOTIDIEN

Q41- Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre bilan de prévention ?

- Mieux dormir
- S'alimenter plus sainement
- Bouger plus
- Arrêter de fumer
- Réduire ma consommation d'alcool
- Améliorer mon bien-être mental/ être plus zen
- Lutter / prévenir les violences, harcèlements ou discriminations
- Passer moins de temps devant un écran ou mon téléphone
- Autre (*préciser*)

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.