



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

**Centre de
Médecine
Préventive**

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



Mon Bilan Prévention

70-75 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'exams 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

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, Educateur...*) ? ☐ 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 70 et 75 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 - Assumez-vous un rôle d'aidant ?

Aidez-vous une personne de manière régulière et fréquente, en raison de son âge, de la maladie ou d'une situation de handicap ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q3 - En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q4 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des proches (amis, membres de votre famille) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Vos antécédents personnels et familiaux

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

- ☐ Hypertension artérielle, diabète, cholestérol sanguin élevé
- ☐ Maladies cardiovasculaires (infarctus, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, AVC...)
- ☐ Cancers
- ☐ Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, BPCO)
- ☐ Arthrose ou maladie rhumatismale
- ☐ Fractures d'une vertèbre ou du col du fémur et/ou ostéoporose
- ☐ Autre(s) maladie(s) :
- ☐ Aucune

Q6 - À quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?

- ☐ Moins de 6 mois
- ☐ Plus de 6 mois

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

Q7 - Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ?

Exemple : diabète, hypertension artérielle, cancer, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), maladie d'Alzheimer, ostéoporose, fracture du col du fémur...

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Votre état de santé actuel

Q8 - Suivez-vous actuellement un traitement ?

- ☐ Oui ☐ Non

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

Q9 - Taille : m

Q10 - Poids : kg

Q11 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?

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

Q12 - Avez-vous observé des gonflements importants et/ou inhabituels de vos chevilles ou de vos jambes ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q13 - Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs dans la poitrine notamment lors d'un effort ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q14 - Toussez-vous souvent (tous les jours) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q15 - Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q16 - Êtes-vous plus facilement essouffé(e) que les personnes de votre âge ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q17 - Faites-vous des pauses respiratoires ou des ronflements importants lors de votre sommeil, notamment constatés par votre entourage ?

- ☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Q18 - Si vous êtes une femme, à quel âge avez-vous été ménopausée ?

Q19 - Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q20 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q21 - Avez-vous l'impression d'entendre moins bien et/ou votre entourage a-t-il l'impression que votre audition a baissé ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q22 - Êtes-vous sujet à des troubles urinaires ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q23 - Avez-vous eu, durant les 12 derniers mois, des problèmes (courbatures, douleur, inconfort) au niveau du cou, du dos, des épaules ou des mains qui impactent votre vie quotidienne ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q24 - Avez-vous la sensation d'oublier des choses ?

- ☐ Oui ☐ Non

Q25 - Avez-vous des difficultés à réaliser certains gestes de la vie quotidienne ?

- ☐ Quitter son lit et/ou se coucher seul(e)
☐ Aller seul(e) aux toilettes
☐ Faire sa toilette seul(e)
☐ Se vêtir et/ou se dévêtir seul(e)
☐ Manger et boire seul(e)
☐ Marcher seul(e) avec ou sans béquille, canne...
☐ Utiliser seul(e) un moyen de transport (transports en commun, voiture...)

Activité physique, sédentarité et alimentation

Q26 - Combien de fois par semaine faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques au cours d'une journée (marche, ménage, jogging, vélo, jardinage, 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

Q27 - 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

Q28 - 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

Q29 - 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

Q30 - Combien de temps par jour passez-vous devant un écran en dehors du travail (téléphone portable, télévision, ordinateur) ?

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

Santé-environnement

Q31 - Avez-vous un logement facile d'accès en cas de mobilité réduite ? (logement de plain-pied, logement avec ascenseur, présence d'une rampe d'accès à l'immeuble ou au perron de la maison...)

- ☐ Oui ☐ Non

Q32 - Avez-vous un logement adapté à la prévention des chutes ? (douche plutôt qu'une baignoire, barre de douche, revêtement anti-chutes, WC surélevé...)

- ☐ Oui ☐ Non

Vaccins, dépistages et santé sexuelle

Q33 - 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

Q34 - Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage du cancer colorectal ?

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

- ☐ Oui, il y a moins de 2 ans
☐ Oui, il y a plus de 2 ans
☐ Non, jamais
☐ Je ne sais pas

Q35 - Avez-vous déjà réalisé une mammographie de dépistage du cancer du sein ?

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

- ☐ Oui, il y a moins de 2 ans
☐ Oui, il y a plus de 2 ans
☐ Non, jamais

Q35 bis - Avez-vous déjà 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

Q36 - 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

Q37 - 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

Q38 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?

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

Q39 - Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?

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

Q40 - Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ? Cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint ou shit) ou d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne etc.) ?

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

Q41 - 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

Q42 - Votre regard sur le fait de passer ou d'être à la retraite est :

- ☐ Très positif
- ☐ Plutôt positif
- ☐ Plutôt négatif
- ☐ Très négatif

Q43 - Depuis que vous êtes en retraite, vous impliquez-vous dans de nouveaux projets (sorties, passe-temps, clubs, associations...)?

- ☐ Oui, et j'ai déjà mis en place ces projets
- ☐ Oui, j'ai des projets prévus mais je ne les ai pas encore concrétisés
- ☐ Non, je ne sais pas encore quels seront mes projets

Q44 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?

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

Q45 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :

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

Q46 - 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

Q47 - 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

Q48 - 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

Q49 - 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

Q50 - Avez-vous déjà eu des idées noires/ suicidaires ou fait une tentative de suicide ?

- ☐ Oui, des idées noires/suicidaires
- ☐ Oui, une ou des tentative(s) de suicide
- ☐ Non

Q51 - Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (coups, mutilations, menaces, chantage, humiliations...), harcèlements, discrimination, soumission chimique etc ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Précisions complémentaires concernant votre santé

Q52 - 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
- ☐ Mieux connaître / comprendre / prévenir les effets du vieillissement
- ☐ Mieux m'informer sur les dépistages concernant ma tranche d'âge

Q52 bis - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?

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.