

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire chez vous

Nous vous rappelons que vos réponses n'ont pas de caractère obligatoire.

Informatique et libertés

Conformément à l'article 27 de la loi « informatique et libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978, un exemplaire du dossier médical constitué à l'issue des différents examens, vous sera remis personnellement. Par ailleurs, vous aurez la faculté de demander la rectification d'informations erronées ou la suppression de tout ou partie des informations dont vous ne souhaitez pas la conservation par le centre d'examens de santé

Nom - Prénom :

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. domicile :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. travail :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel. portable :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom, prénom, adresse de votre médecin traitant :
.....
.....
.....

Avez-vous une activité :

Libérale.....

Salariée.....

Etes-vous toujours en activité ? Oui..... Non.....

Travaillez-vous ? de jour
de nuit.....

Travaillez-vous ? à temps plein
à temps partiel.....

Quels sont vos horaires type de consultations ?
.....
.....

Éléments socioprofessionnels

Avez-vous un emploi stable ? oui non

Quelle est votre spécialité médicale ?
.....

Depuis combien de temps exercez-vous votre activité professionnelle ?

< 5 ans

--

5 à 20 ans

--

> 20 ans

--

Mode de vie

Vivez-vous en couple ?..... oui non

Etes-vous propriétaire de votre logement ?..... oui non

Y-a-t-il des périodes où vous rencontrez des 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

**Rapporter ce
 questionnaire au
 centre le jour de
 votre rendez-vous**

Quel est votre niveau habituel d'activité physique non professionnelle ?

- ✓ peu d'activité physique
- ✓ une activité modérée (1 h de marche par jour ou équivalent).....
- ✓ une activité intense (sport de compétition).....

Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ? oui non

Etes-vous parti 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 difficulté y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter ? oui non

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?
 oui non

Habitudes de vie

Beuvez-vous quelquefois du vin, bière, cidre, apéritifs ou digestifs ? oui non

Si votre réponse est non, est-ce parce que ?

- ✓ vous n'avez jamais bu.....
- ✓ ou vous avez cessé de boire.....

Si votre réponse est oui, buvez-vous ?

- ✓ tous les jours ou presque
- ✓ certains jours de la semaine.....
- ✓ plus rarement

Si vous avez répondu oui, combien buvez-vous par jour ?

nombre de verres/jour	habituellement	week-end ou fête
apéritifs, digestifs		
vin		
bière, cidre		

Au cours de la semaine écoulée, avez-vous consommé au moins une fois ?

- ✓ du vin
- ✓ de la bière ou du cidre
- ✓ un apéritif ou un digestif

Etes-vous ? :

- ✓ non fumeur
- ✓ fumeur actuel.....
- ✓ ancien fumeur ayant arrêté depuis plus d'un an
- ✓ ancien fumeur ayant arrêté depuis moins d'un an

Si vous êtes fumeur actuel, indiquez :

- ✓ le nombre de cigarettes fumées par jour :
- ✓ depuis combien d'années vous fumez :
- ✓ si vous fumez des cigares ou la pipe oui
non

Si vous êtes ancien fumeur, indiquez :

- ✓ le nombre de cigarettes que vous fumiez par jour :
- ✓ la durée du tabagisme (en années) :
- ✓ depuis combien d'années vous avez cessé :

Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10, votre état somatique tel que vous le ressentez (10 étant la meilleure note) :

Sur une échelle de 1 à 7, 7 étant le niveau de stress le plus important que vous puissiez imaginer, et 1 le niveau le plus bas, à combien estimez-vous votre état de stress à ce jour ? :

Ces deux dernières années, avez-vous consulté un dentiste ?

- ✓ Jamais
- ✓ 1 fois par an.....
- ✓ 1 fois par 6 mois
- ✓ Davantage

Ces deux dernières années, avez-vous consulté un médecin ?

- ✓ Jamais
- ✓ 1 fois par an.....
- ✓ 1 fois par 6 mois
- ✓ Davantage

Rapporter ce questionnaire au centre le jour de votre rendez-vous

EXAMENS ANTERIEURS

Avez-vous déjà eu :
 une coloscopie ? oui non
 Si oui, à quelle date ?

Pour vous Mesdames :

Etes-vous suivie régulièrement une fois par an sur le plan gynécologique ? oui non

Etes-vous ménopausée ? oui non

Si oui, avez-vous un traitement de ménopause ? oui non
 hormonal non hormonal

Si vous êtes réglée, utilisez-vous une méthode contraceptive ? oui non

Si oui, laquelle ?

Avez-vous déjà :
 eu des frottis gynécologiques ? oui non
 Si oui, à quelle date ?
 eu une mammographie ? oui non
 Si oui, à quelle date ?

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Ces questions concernent vos père, mère, frère(s), sœur(s)

Ont-ils eu :

une hypertension artérielle ? oui non

un infarctus du myocarde ? oui non

une attaque, hémorragie ou congestion cérébrale avec paralysie ? oui non

un cancer du colon ou du rectum ? oui non

un cancer du col de l'utérus ? oui non

un cancer du sein ? oui non

une affection thyroïdienne ? oui non

un diabète ? oui non

une maladie allergique ? oui non

EXAMENS PERSONNELS

la tuberculose ? oui non

Si oui, à quelle date ?

Avez-vous été soigné pour un ulcère de l'estomac ou du duodénum ? oui non

Si oui, à quelle date ?

une hépatite virale ? oui non

Si oui, à quelle date ?

des polypes intestinaux ? oui non

Si oui, à quelle date ?

des calculs urinaires ? oui non

Si oui, à quelle date ?

des crises épileptiques ou des convulsions? oui non

Si oui, à quelle date ?

Avez-vous été traité pour une affection de la glande thyroïde (goitre en particulier)? oui non

Si oui, à quelle date ?

une maladie sexuellement transmissible ? oui non

Si oui, à quelle date ?

Vous a-t-on déjà signalé un taux anormal dans le sang de :
 sucre ? cholestérol ? triglycérides ?

Avez-vous ?

✓ été transfusé avant 1991 oui non

✓ donné du sang ces 3 derniers mois oui non

Avez-vous eu un tatouage ou un piercing ? oui non

Avez-vous déjà :

utilisé des drogues par voie intraveineuse ou nasale ? oui non

eu un test de dépistage du virus du sida? oui non

Si oui, à quelle date ?

été soigné pour une tumeur ou un cancer ? oui non

Si oui, à quelle date ?

eu un test de dépistage de l'Hépatite C ? oui non

Si oui, à quelle date ?

Si vous avez subi des interventions chirurgicales, indiquez lesquelles :

Rapporter ce questionnaire au centre le jour de votre rendez-vous

ANTECEDENTS PERSONNELS (vous-même)

A-t-on déjà trouvé que votre tension artérielle était élevée ?
 oui non

Avez-vous eu des problèmes cardiaques ?
 oui non

Si oui, cochez lequel :

✓ infarctus
 ✓ angine de poitrine
 ✓ autre

Avez-vous eu de l'asthme ? oui non

Avez-vous eu une pleurésie ? oui non

Avez-vous eu une primo-infection ? oui non

ETAT DE SANTE ACTUEL

Vous sentez-vous fatigué dès le réveil ? oui non

Votre poids est-il :

✓ stable ? oui non
 ✓ en hausse ? oui non
 ✓ en baisse ? oui non

de combien ? (au cours des 6 derniers mois)

Etes-vous suivi ou traité pour 1 ou plusieurs affections ?
 oui non

Si oui, lesquelles :

Actuellement, prenez-vous des médicaments ?
 oui non

Si oui, lesquelles :

Quelles sont les vaccinations que vous avez réalisées depuis moins de 20 ans ? (merci d'apporter votre carnet de vaccinations)

✓ polio	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	ne sait pas	<input type="checkbox"/>
✓ tétanos	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	ne sait pas	<input type="checkbox"/>
✓ hépatite B	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>	ne sait pas	<input type="checkbox"/>

Quel(s) motif(s) en particulier vous a (ont) incité(e) à bénéficier d'un bilan de santé ?

.....

Quels sont les signes fonctionnels qui, vous pensez, méritent une attention particulière au cours de cet entretien ?

.....

Si vous étiez votre propre patient, en tant que professionnel de la santé quelles sont les recommandations que vous vous demanderiez de suivre afin de prendre soin de votre santé dès aujourd'hui ?

.....

Existe-t-il des éléments complémentaires que vous souhaitez porter à la connaissance de votre confrère ?

.....

Date et signature

N'oubliez pas d'apporter les éléments médicaux en votre possession (comptes rendus des radios ou opérations éventuelles, électrocardiogrammes, dernières analyses, carnet de santé).

**CADRE RESERVE AU MEDECIN DU CENTRE
T.A. :**