

## Prendre soin de soi est important

C'est pourquoi entre 45 et 50 ans, il est recommandé de faire le point sur sa santé avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme ou pharmacien). Ce bilan de prévention, recommandé, est totalement pris en charge par l'assurance maladie. **Répondez dès à présent au questionnaire ci-dessous afin de préparer votre bilan de 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

**Q1-** Vous êtes :

- Une femme
- Un homme
- Autre

**Q2-** Taille : .....cm

**Q3-** Poids : .....kg

### Votre environnement social et familial

**Q4-** Assumez-vous un rôle d'aïdant pour une personne âgée, handicapée, malade ? :

- Oui
- Non

**Q6-** Avez-vous un ou plusieurs enfants ? :

- Oui
- Non

**Q5-** En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ? :

- Oui
- Non

**Q7-** Les élevez-vous seul(e) ? :

- Oui
- Non



### Vos antécédents personnels et familiaux

**Q8-** Avez-vous eu ou avez-vous une de ces maladies ?

- Maladies cardiovasculaires (diabète, hypertension artérielle, cholestérol, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque)
- Cancers
- Maladies respiratoires (asthme, broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO))
- Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (maladie de crohn, rectocolite hémorragique)
- Polypes adénomateux
- Autres : .....

**Q10-** Avez-vous déjà été hospitalisé ? :

- Oui
- Non

**Q9-** Y a-t-il des antécédents connus de maladies dans votre famille proche ? (Père, mère, frère ou sœur) Exemple : diabète, hypertension artérielle, cancers...

- Oui
- Non

**Q11-** A quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?

.....

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



## Votre état de santé actuel

**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-** Etes-vous plus facilement essouffé(e) que les personnes de votre âge ?

- Oui
- Non

**Q16-** Avez-vous subi une variation de poids ces derniers mois ?

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

**Q17-** Avez-vous l'impression d'avoir plus de difficultés à réaliser vos activités quotidiennes ?

- Oui
- Non

**Q18-** Avez-vous constaté un gonflement important et ou inhabituel de vos chevilles ou jambes ces 2 dernières semaines ?

- Oui
- Non

**Q19-** Avez-vous des pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil, constatés par l'entourage ?

- Oui
- Non

**Q20-** 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

**Q21-** Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ? :

- Oui
- Non



## Activité physique, sédentarité et alimentation

**Q22-** Faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour (marche, vélo, jardinage, ménage, jogging, autre activité sportive...) ?

- Oui
- Non

**Q23-** A quelle fréquence mangez-vous des fruits et légumes ? :

- Chaque jour
- Moins souvent

**Q24-** 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

**Q25-** Jugez-vous vos conditions de travail difficiles/pénibles ?

- Oui
- Non

## Vos vaccins, vos dépistages

**Q26-** Êtes-vous à jour des vaccins obligatoires (diphtérie, tétanos, polio) ? *Merci de rapporter votre carnet de vaccinations lors de votre consultation*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Q27-** Si vous avez 50 ans, avez-vous réalisé votre mammographie de dépistage du cancer du sein ou/et votre test de dépistage du cancer colorectal ?

- Oui
- Non

**Q28-** Avez-vous réalisé votre test de dépistage du cancer du col de l'utérus ? *Si oui, merci de rapporter les résultats du prélèvement*

- Oui
- Non
- Je 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 arrêter le préservatif avec mon nouveau (ou ma nouvelle) partenaire,
- Votre partenaire sexuel(le) a eu un (ou plusieurs) diagnostic(s) d'IST (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)

## Addictions, consommation d'alcool, tabac et autres substances

**Q30-** Nombre de verres d'alcool que je bois sur une semaine habituelle : .....

**Q31-** Fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, cigarillo, pipe, chicha, le narguilé...)/vapotez-vous?

- Oui
- Non

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

**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, violences

**Q34-** Avez-vous déjà ou êtes-vous traité pour une dépression/troubles anxieux ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

**Q36-** Ne vous intéressez-vous plus à votre apparence ?

- Oui
- Non

**Q37-** Vous faites-vous du souci ?

- Oui
- Non

**Q38-** Est-ce que 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-** Eprenez-vous des sensations soudaines de panique ?

- Oui
- Non

**Q40-** Avez-vous la bougeotte et n'arrivez plus à tenir en place ?

- Oui
- Non

**Q41-** Avez-vous déjà été victime de violences physiques ou psychiques (coups, mutilations, menaces, chantage, humiliations...), harcèlements, discrimination, etc... ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas



## Précisions complémentaires concernant votre santé

**Q42-** Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre bilan de prévention ? :

- Mieux dormir
- M'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 (champ libre) :

.....  
.....  
.....