



Réservé Centre d'examen de santé

Provenance : _____

Date/heure examen clinique : _____ SESP Avant le :
SESP, HF, Mammo

EPICES : _____ SES payé le :
SSNP Avant le :
SSNP, HF, Mammo

Ex. complémentaire : _____ 1^{ère} relance PT.MT, le :
2^e relance PT.MT, le :
3^e relance PT.MT, le :

ETP : _____ Lettre type le :

Questionnaire socio-administratif et de santé

(Plus de 16 ans)

Pourquoi ce questionnaire ?

Même si certaines questions sur votre mode de vie peuvent vous sembler éloignées des problèmes de santé, l'environnement, la situation sociale et les habitudes de vie participent à l'état de santé d'une personne. Ce questionnaire serait donc incomplet s'il ne prenait pas en compte l'existence de ces facteurs.

Merci de remplir soigneusement et complètement ce questionnaire chez vous, et de le rapporter le jour de votre convocation. Ainsi votre passage sera plus rapide et votre examen de santé facilité. Il faut 10 à 15 minutes pour compléter ce questionnaire.

Les informations y figurant sont strictement confidentielles et tout le personnel du centre d'examens de santé est tenu au secret médical.

Comment remplir ce questionnaire ?

Pour la plupart des questions répondez en faisant une croix dans la case correspondante : vous devez cocher la case correspondant le mieux à votre situation. Exemple : Mme M

Votre identité

Mme M Nom : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Les résultats de votre examen vous seront adressés personnellement.

• Indiquer les nom, prénom et adresse précise de votre médecin traitant :

.....

• Comment avez-vous eu connaissance du Centre d'Examens de Santé ?

Invitation organismes sociaux travailleurs sociaux médecin autre moyen

Réservé CES

N° ancien bilan : _____

MNEMO médecin :

AP	MT

Complémentaire santé :

oui non

Éléments socioprofessionnels et mode de vie

• Avez-vous un emploi stable ? oui non

• Si vous travaillez, quelle est votre profession ?

• Si vous ne travaillez pas, vous êtes :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jeune en cours de formation | <input type="checkbox"/> Allocataire du RSA | <input type="checkbox"/> Sans domicile fixe |
| <input type="checkbox"/> À la recherche d'un premier emploi | <input type="checkbox"/> Étudiant | <input type="checkbox"/> Pensionné |
| <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi | <input type="checkbox"/> Personne au foyer | <input type="checkbox"/> (Pré) retraité(e) |

• Si vous êtes demandeur d'emploi ou retraité, quelle était votre profession ou celle exercée le plus longtemps ? _____

• Depuis combien de temps n'exercez-vous plus d'activité professionnelle ? - 6 mois 1 an 2 ans 3 ans et + n'a jamais travaillé

- Êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) de façon importante à :... bruit poussières silice amiante Benzène produits toxiques autre
- Travaillez-vous : à temps plein à temps partiel
- Horaires de travail : de jour de nuit en poste sans horaires fixes
- Vivez vous en couple ? oui non
- Combien avez-vous d'enfants ?
- Bénéficiez vous d'une assurance-maladie complémentaire (mutuelle) oui non
- Quel est votre niveau d'étude ?

<input type="checkbox"/> Ne sait pas lire ou écrire le français	<input type="checkbox"/> Sans diplôme
<input type="checkbox"/> Certificat d'études primaires seul	<input type="checkbox"/> CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage, BEPC, Brevet des collèges
<input type="checkbox"/> Baccalauréat (tous types), brevet de technicien	<input type="checkbox"/> Diplôme du premier cycle universitaire, DUT, BTS
<input type="checkbox"/> Diplôme au moins équivalent au deuxième cycle universitaire (licence, maîtrise, école d'ingénieur...)	
- 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
- Quel est votre niveau habituel d'activité physique ? Pas d'activité physique modérée ou de loisir intense ou de compétition
- Êtes vous allé(e) au spectacle (cinéma, théâtre) 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 (autre que parents ou enfants) ? oui non
- En cas de difficulté (financière, familiale, 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
 - Vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) oui non
- Rencontrez vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur...)? oui non

Antécédents familiaux (votre famille)

Les questions suivantes concernent uniquement vos père, mère, frère(s), soeur(s) :

- L'un d'entre eux a-t-il eu : Hypertension artérielle
- Infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral
- Diabète
- Cholestérol élevé
- Cancer intestinal ou du rectum
- Cancer du sein

Antécédents personnels : (vous-même)

- Un médecin vous a-t-il déjà signalé que votre tension artérielle était élevée ? oui non
- Vous a-t-on déjà signalé un taux anormal dans le sang de : Cholestérol Triglycérides Sucre
- Avez-vous eu des problèmes cardiaques ? oui non
Si oui lesquels : infarctus Angine de poitrine autre
- Avez-vous fait au cours des 12 derniers mois un électrocardiogramme ? oui non Date :
- Avez-vous eu de l'asthme ? oui non
- Avez-vous eu une autre maladie respiratoire ? oui non
si oui laquelle ?
- Êtes-vous allergique ? oui non
si oui à quoi ?
- Avez-vous été soigné pour un cancer ? oui non Date :
Si oui, lequel :
- Avez-vous eu un test hemocult (recherche de sang dans les selles) au cours des 2 dernières années ? oui non Date :
- Avez-vous passé une coloscopie au cours des 5 dernières années ? oui non Date :
- Avez-vous eu des polypes dans l'intestin ? oui non
- Avez-vous été traité pour dépression ? oui non

- Avez-vous été transfusé avant 1991 ? oui non
- Avez-vous donné du sang ces 3 derniers mois ? oui non
- Avez-vous un tatouage ou un piercing ? oui non
- Avez-vous déjà bénéficié d'un test de dépistage ?
 - du sida oui non Date : _____
 - de l'hépatite C oui non Date : _____
- Avez-vous eu une maladie sexuellement transmissible ? oui non
Si oui, laquelle ?
- Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? oui non
Si oui lesquelles ?
.....
.....
.....

Suivi

- Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un dentiste ? non 1 fois/an 2 fois/an davantage
- Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin ? non 1 fois/an 2 fois/an davantage

Hygiène de vie

Compte tenu de votre âge, la note estimant votre **état de santé actuel** est :

très mauvaise santé | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | très bonne santé

- Avez vous réalisé ces **vaccinations** au cours des 10 dernières années? (*merci d'apporter votre carnet de vaccinations*)
 - Tétanos : oui non ne sait pas
 - DTP ou Revaxis : oui non ne sait pas
 - Hépatite B : oui non ne sait pas

Mangez-vous régulièrement et de façon équilibrée ? oui non

Sur les 6 derniers mois, votre poids a été : stable en hausse en baisse de combien ? _____ Kg

Prenez vous des **boissons alcoolisées** (vin, bière, apéritif, digestif) ? jamais moins d'une fois par semaine
 certains jours de la semaine tous les jours de la semaine

Si vous ne prenez pas de boissons alcoolisées, est ce parce que vous avez cessé d'en prendre ? oui non

Combien de verres de boissons alcoolisées prenez vous tous les jours (en moyenne) ? _____

Combien de verres de boissons alcoolisées prenez vous sur un jour de week end ou de fête ? _____

Au cours de la dernière semaine avez-vous consommé au moins 1 fois :

- du vin oui non
- de la bière ou du cidre oui non
- un apéritif ou un digestif oui non

Tabac :

Etes vous ? non fumeur fumeur (occasionnel ou régulier) ex-fumeur

Si vous fumez, indiquez :

- le nombre de cigarettes fumées par jour : _____

- depuis combien d'années vous fumez : _____

- fumez-vous la pipe ou le cigare ? oui non

Si vous avez cessé de fumer, indiquez :

- le nombre de cigarettes que vous fumiez par jour : _____

- la durée du tabagisme (en années) : _____

- depuis combien d'années vous avez cessé de fumer : _____

Etes-vous ou avez-vous été exposé à des atmosphères très enfumées (tabagisme passif) ? oui non

Avez-vous déjà consommé des **drogues** (voie respiratoire, orale ou intraveineuse) ? oui non

État de santé actuel

- Avez-vous parfois des douleurs dans le thorax ? oui non
- Toussez-vous ou crachez-vous souvent ou régulièrement ? oui non
- Êtes-vous souvent ou régulièrement essoufflé ? oui non
- Avez-vous souvent ou régulièrement une respiration sifflante ? oui non
- Êtes vous parfois réveillé par de la toux ou des difficultés à respirer ? oui non
- Vos selles se sont elles modifiées récemment (constipation, diarrhée, alternance) ? oui non
- Avez-vous du sang dans les selles ou saignez vous de l'anus ? oui non
- Avez-vous souvent ou régulièrement des troubles du sommeil ? oui non
- Avez-vous des troubles de la mémoire ? oui non
- Avez vous remarqué des boutons ou croûtes sur la peau qui ne guérissent pas ? oui non
- Avez vous remarqué un changement d'aspect d'un grain de beauté ? oui non
- Avez-vous une gêne pour uriner ou vous levez vous plusieurs fois la nuit pour uriner ? oui non
- Au cours de l'entretien médical souhaitez vous discuter de votre sexualité ? oui non

Hommes :

- Avez-vous remarqué une augmentation récente du volume d'un testicule ? oui non

Femmes :

- Êtes vous suivie régulièrement 1 fois par an sur le plan gynécologique ? oui non
- Êtes vous enceinte ? oui non
- Êtes vous ménopausée ? oui non ne sait pas
- Si oui avez-vous un traitement de la ménopause ? oui non
- Utilisez vous une méthode de contraception ? oui non
- Si oui lequel ? pilule préservatif stérilet implant ligature de trompes ou Essure autre méthode
- Avez-vous des saignements en dehors des règles ? oui non
- Avez-vous eu un frottis (dépistage du cancer du col de l'utérus) depuis moins de 3 ans ? oui non Date : _____
- Avez-vous remarqué une grosseur ou un écoulement au niveau d'un sein ? oui non
- Avez-vous effectué une mammographie depuis moins de 2 ans ? oui non Date : _____
- Perdez vous parfois vos urines en toussant ou en faisant un effort ? oui non

- **Êtes vous suivi(e) ou traité(e) pour une ou plusieurs affections ?** oui non

Si oui lesquelles ?

.....

- **Prenez- vous actuellement des médicaments ?** oui non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

- Indiquez ici si vous souhaitez aborder avec le médecin un **autre sujet** ne figurant pas dans le questionnaire :

.....

N'oubliez pas d'apporter, lors de la consultation médicale, les éléments médicaux en votre possession : comptes rendu d'examen, d'analyses de sang, radios, ainsi que votre carnet de santé et/ou votre carte de vaccination.

Informatique et liberté : conformément à l'article 34 de la loi 78/17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour le contenu de votre bilan par l'intermédiaire du médecin que vous aurez désigné à cet effet.