

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

## 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 l'Examen de prévention en santé. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir car vos réponses nous permettent de personnaliser **vos Examen de prévention en santé.**

## A QUI REMETTRE CE QUESTIONNAIRE ?

**UNE FOIS REMPLI PAR VOS SOINS LE QUESTIONNAIRE EST REMIS EN MAINS PROPRES OU SOUS PLI CONFIDENTIEL AU PERSONNEL DU CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ.**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

## 1. LES QUESTIONS SOCIO-ADMINISTRATIVES

## 1.1 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 : .....@.....

## 1.2 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

## 1.3 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

## 1.4 VOTRE CONNAISSANCE DE L'EXAMEN DE SANTE

Avez-vous déjà bénéficié d'un Examen de Santé ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, en quelle année ? .....

> SI vous êtes venu(e) spontanément, comment avez-vous eu connaissance du CES ? .....

## 1.5 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

## 1.6 VOS ETUDES

Quel est votre niveau d'études ?

- Ne sais pas lire ou écrire  
 Sans diplôme  
 Certificat d'études primaires seul  
 BEPC, brevet des collèges  
 CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage  
 Baccalauréat enseignement général, professionnel, brevet de technicien  
 Diplôme du 1<sup>er</sup> cycle universitaire, DUT, BTS, DEUG  
 Diplôme équivalent au moins au 2<sup>e</sup> cycle universitaire (Licence, Master, école d'ingénieur...)

## 1.7 VOTRE VIE PROFESSIONNELLE

Avez-vous une activité professionnelle rémunérée ? .....  Oui  Non

> SI OUI, laquelle ? .....

> Sous quelle forme ?  
 En contrat à durée indéterminée (CDI)  
 En contrat à durée déterminée (CDD, saisonnier, ou intérimaire)  
 Travailleur indépendant  
 En contrat aidé  
 Stagiaire  
 Autre, précisez : .....

> S'agit-il d'un emploi :  
 A temps complet  A temps partiel à votre convenance  
 A temps partiel par obligation

> Travaillez-vous : .....  De jour  De nuit  En poste

> Êtes-vous exposé(e) de façon importante au bruit dans votre environnement personnel et/ou professionnel ?  Oui  Non

> Êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) régulièrement à des poussières, fumées ou vapeurs chimiques ? .....  Oui  Non

## 2. LES QUESTIONS MEDICALES

### 2.1 VOTRE SUIVI MEDICAL

Quand avez-vous consulté pour la dernière fois votre médecin traitant ?

Pour quelle raison :

Quand avez-vous consulté pour la dernière fois un dentiste ?

Pour quelle raison :  Urgence  Soins dentaires  Contrôle

Avez-vous eu un contrôle de votre vue au cours des 2 dernières années ?  Oui  Non

Avez-vous eu un test de l'audition au cours des 2 dernières années ?  Oui  Non

Avez-vous eu une mesure de votre souffle au cours des 2 dernières années ?  Oui  Non

Avez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal depuis moins de 2 ans ?  Oui  Non

Avez-vous passé une coloscopie au cours des 5 dernières années ?  Oui  Non

 **À quand remonte votre dernière consultation pour des raisons de contraception ou gynécologiques ?**

 **Avez-vous réalisé une mammographie de dépistage depuis moins de 2 ans ?**  Oui  Non

 **Avez-vous eu un frottis de dépistage du col de l'utérus depuis moins de 3 ans ?**  Oui  Non

### 2.2 VOS MODALITES DE VIE

Etes-vous né(e) en France ?  Oui  Non

> SI NON, depuis combien de temps êtes-vous en France ou en Europe ?

> SI NON, quel est votre pays d'origine ?

Habitez-vous avec une personne porteuse d'une hépatite B ou C, ou VIH ?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu une transfusion de sang ?  Oui  Non

Avez-vous déjà eu un test de dépistage ?  VIH  De l'hépatite B  De l'hépatite C

Avez-vous déjà eu un piercing ou un tatouage ?  Oui  Non

Êtes-vous fumeur de tabac (quelle que soit sa forme) ?  Oui  Non

> SI NON, avez-vous déjà fumé ?  Oui  Non

> SI OUI, pendant combien de temps ?

Et depuis combien de temps avez-vous arrêté ?

Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non

Avez-vous déjà pris d'autres drogues ?  Oui  Non

Consommez-vous du vin, de la bière, du cidre ou toute autre boisson alcoolisée même occasionnellement ?  Oui  Non

Alimentation : suivez-vous un régime particulier ?  Oui  Non

### 2.3 VOS ANTECEDENTS FAMILIAUX

*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 ?

### 2.4 VOS ANTECEDENTS PERSONNELS

Avez-vous eu une maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance, des syncopes ou des convulsions ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu à plusieurs reprises une tension artérielle élevée ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu un infarctus du myocarde ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu une des affections suivantes :

Un cancer du côlon ?  Oui  Non  Ne sais pas

Un cancer du sein ?  Oui  Non  Ne sais pas

Un cancer de la peau ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu d'autres cancers ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, lesquels ?

Avez-vous eu une hépatite ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, laquelle ? (A, B, C ou autres) ?

Avez-vous eu une infection sexuellement transmissible ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu des polypes de l'intestin ?  Oui  Non  Ne sais pas

Vous a-t-on détecté dans le sang un taux anormal de :

Sucre (glucose) ?  Oui  Non  Ne sais pas

Cholestérol ?  Oui  Non  Ne sais pas

Triglycérides ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous déjà été traité(e) pour une dépression ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous été exposé(e) à des situations de violence ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous déjà dû interrompre vos études ou votre activité professionnelle pendant plus de 6 mois pour des raisons de santé ?  Oui  Non  Ne sais pas



### LORS DE VOTRE(VOS) GROSSESSE(S) VOUS A-T-ON DIAGNOSTIQUÉ :

Un diabète ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Une hypertension artérielle ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu des enfants dont le poids de naissance est > 4 kg ? .....  Oui  Non  Ne sais pas



### INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Avez-vous eu une intervention sur l'utérus ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, « totale » ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu une intervention chirurgicale ?  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, laquelle ? .....

## 2.5 VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL

Avez-vous une hypertension artérielle ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous une insuffisance coronarienne ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous de l'artérite ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous des douleurs dans les jambes ou dans les mollets à l'effort ou lors de la marche ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous un asthme ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Toussez-vous souvent (tous les jours) ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Etes-vous plus facilement essoufflé(e) que les personnes de votre âge ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous une bronchite chronique de type BPCO ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous des pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil, constatés par l'entourage ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous eu une prise de poids importante dans les 12 derniers mois ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Note de santé perçue : veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez (0 pour mauvais, 10 pour bon) : .....

Aujourd'hui, y a-t-il une question qui vous préoccupe ? .....

Avez-vous eu une perte de poids importante dans les 12 derniers mois ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous un diabète ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous un problème thyroïdien ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, lequel ? .....

Etes-vous traité(e) actuellement pour dépression ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous d'autres troubles psychiques ? .....

Avez-vous des boutons ou croûtes qui ne guérissent pas, ou un changement d'aspect d'un grain de beauté ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous d'autres maladies ou problèmes de santé ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

> SI OUI, précisez ? .....



Êtes-vous enceinte ? .....  Oui  Non  Ne sais pas



Si vous êtes ménopausée, vous arrive-t-il d'avoir des saignements gynécologiques ? .....  Oui  Non  Ne sais pas

## 2.6 VOTRE TRAITEMENT

Prenez-vous tous les jours des médicaments ? .....  Oui  Non

> SI OUI, notez le nom des différents médicaments que vous prenez tous les jours ou presque : .....

Avez-vous des difficultés à les prendre ? .....  Oui  Non

Utilisez-vous une contraception orale ? .....  Oui  Non

> SI OUI, laquelle ? .....

> SI NON, utilisez-vous une autre contraception ? .....  Oui  Non

> SI OUI, précisez : .....

Quelle a été votre dernière vaccination ? .....

A quelle date ? .....  
(si vous avez votre carnet de vaccination, merci de l'apporter)

DATE :

SIGNATURE :

L'Assurance maladie propose à ses assurés la réalisation de l'examen de prévention en santé et son suivi en centre d'exams de santé. 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 pourront être utilisées à des fins d'évaluation du service par l'Assurance Maladie ou par ses prestataires. Elles sont conservées au maximum vingt ans, à compter de votre dernière venue au centre, puis sont détruites.

Vous êtes également informé que l'hébergement de ces données est assuré par une société française certifiée pour l'hébergement de données de santé qui garantit la sécurité ainsi que la confidentialité de l'ensemble de vos données.

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. En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.