



## 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 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 - Avez-vous un ou plusieurs enfants à la maison ?

- Oui     Non

Q3 - Si oui, les élevez-vous seul(e) ?

- Oui     Non

Q4 - Assumez-vous un rôle d'aïdant ?

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

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

- Oui     Non

Q6 - Vos conditions de vie et/ou de travail sont-elles difficiles/pénibles ?

- Oui     Non

### Vos antécédents personnels et familiaux

Q7 - 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)  
 Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)  
 Autre(s) maladie(s) :   
 Aucune

Q8 - 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.*

Q9 - Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ?

*Exemple: diabète, hypertension artérielle, cancer, infarctus, mort subite, hypercholestérolémie familiale, fracture du col du fémur, ...*

- Oui     Non     Je ne sais pas

### Votre état de santé actuel

Q10 - Suivez-vous actuellement un traitement ?

- Oui     Non

*Si oui, merci d'apporter, si possible, vos ordonnances lors de votre Bilan Prévention.*

Q11 - Taille :  m

Q12 - Poids :  kg



**Q13 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?**

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

**Q14 - Avez-vous observé des gonflements importants et/ou inhabituels de vos chevilles ou de vos jambes ?**

- Oui
- Non

**Q15 - Toussez-vous souvent (tous les jours) ?**

- Oui
- Non

**Q16 - Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?**

- Oui
- Non

**Q17 - Êtes-vous plus facilement essouffé(e) que les personnes de votre âge ?**

- Oui
- Non

**Q18 - Faites-vous des pauses respiratoires ou des ronflements importants lors de votre sommeil, notamment constatés par votre entourage ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Q19 - Souhaitez-vous aborder lors de votre Bilan Prévention les symptômes de ménopause (bouffées de chaleur, problèmes de sommeil, sécheresse vaginale, troubles urinaires, fatigue, anxiété, irritabilité) ?**

- Oui
- Non
- Je suis déjà ménopausée
- Non concerné(e)

**Q20 - Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?**

- Oui
- Non

**Q21 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...) ?**

- Oui
- Non

**Q22 - Avez-vous l'impression d'entendre moins bien et/ou votre entourage a-t-il l'impression que votre audition a baissé ?**

- 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

## Activité physique, sédentarité et alimentation

**Q24 - Combien de fois par semaine faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques au cours d'une journée (marche, ménage, jogging, vélo, 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

**Q25 - 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

**Q26 - 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



**Q27 - 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

**Q28 - 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

### Vaccins, dépistages et santé sexuelle

**Q29 - 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

**Q30 - Avez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal et/ou une mammographie de dépistage du cancer du sein ?**

*Si oui, merci de rapporter si possible, les résultats de ces dépistages lors de votre Bilan Prévention.*

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Q31 - Avez-vous réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?**

*Si oui, merci de rapporter les résultats du prélèvement.*

- Oui, il y a moins de 5 ans
- Oui, il y a plus de 5 ans
- Non, jamais
- Je ne sais pas

**Q32 - 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

**Q33 - 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

**Q34 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?**

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

**Q35 - Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?**

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



**Q36 - 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

**Q37 - 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

**Q38 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?**

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

**Q39 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :**

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

**Q40 - 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

**Q41 - 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

**Q42 - 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

**Q43 - 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

**Q44 - 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

**Q45 - Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (menaces, harcèlement, humiliations, coups, mutilations...), harcèlements, discrimination, ... ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas



### Précisions complémentaires concernant votre santé

**Q46 - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?**

- 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 la ménopause et mieux prévenir certains de ses effets

- Passer moins de temps devant un écran ou mon téléphone
- Mieux m'informer sur les dépistages concernant ma tranche d'âge

**Q46 bis - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?**