

FICHE PATIENT - QUESTIONNAIRE

Merci de remplir ce questionnaire avant le bilan et de le présenter à votre médecin le jour de la consultation. Vous pourrez ensuite le conserver ou le confier à votre médecin.

Nom : Prénom :

Votre âge : Vous êtes : un homme une femme

Quelle est votre situation matrimoniale ? (célibataire, marié(e), vie maritale, divorcé(e), veuf(ve), etc.) :

Bénéficiez-vous de la CMU ? Oui Non

A ACTIVITE PROFESSIONNELLE

A1 Etes-vous : Etudiant ou en formation
Dans la vie active
A la retraite ou en « préretraite »
Autre

A2 Si vous êtes étudiant, en formation ou en recherche d'emploi, quelle activité professionnelle envisagez-vous d'exercer ?
.....

A3 Si vous êtes en activité, merci de bien vouloir préciser votre ou vos métiers en n'indiquant pas seulement « artisan », « commerçant », « profession libérale ».
.....

A4 Si vous avez plus de 55 ans, songez-vous à prendre votre retraite dans les 2 ans ? oui non

A5 Dans tous les cas de figure, que vous soyez en activité, à la retraite, en « préretraite », sur le point de prendre votre retraite, merci de bien vouloir préciser les activités professionnelles que vous avez exercées au cours de votre vie :
.....
.....

A6 Votre activité professionnelle actuelle ou passée comporte-t-elle ou comportait-elle des risques pour la santé ? oui non ne sait pas

A7 Si oui, quels en sont les motifs ?
l'exposition au bruit oui non
l'exposition à des poussières oui non
le port de charge oui non
le risque d'accident oui non
le risque toxicologique oui non
le stress oui non
autre, préciser oui non

A8 Estimez-vous être suffisamment informé(e) des risques auxquels vous êtes ou étiez exposé(e) dans le cadre de votre (vos) métier(s) ? oui non

A9 Faites-vous ou faisiez-vous le nécessaire pour vous protéger des risques liés à votre activité ? (règles de sécurité, port de casque, de gants, de chaussures de sécurité, etc.). oui non



B VACCINATIONS

Si vous avez un carnet de vaccination, pensez à le présenter au médecin le jour de la consultation.

- B1 Vos vaccinations sont-elles à jour (tétanos, poliomyélite...)? oui non ne sait pas
- B2 Etes-vous vacciné(e) contre l'hépatite B ? oui non
- B3 Si vous avez plus de 65 ans, connaissez-vous la campagne annuelle de vaccination contre la grippe ? oui non
- B4 Si oui, en avez-vous bénéficié ? oui non
- B5 Si non, pour quelles raisons ? Merci de bien vouloir préciser :
.....

C COMPORTEMENTS

SOMMEIL, HUMEUR ET RELATIONS AVEC LES AUTRES

- C1 Estimez-vous avoir des problèmes de sommeil ? oui non
- C2 Vous trouvez-vous agressif ou agressive avec les autres ? oui non
- C3 Vous arrive-t-il souvent de vous sentir triste ou d'humeur « dépressive » ? oui non
- C4 Estimez-vous avoir des difficultés de communication avec votre entourage ? oui non

CONSOMMATION D'ALCOOL, DE TABAC ET DE DROGUES

- C5 Fumez-vous ? oui non
- C6 Si oui, merci de bien vouloir répondre aux questions figurant dans l'annexe jointe (FAGERSTROM)
- C7 Consommez-vous régulièrement des boissons alcoolisées ? Souvent Parfois Jamais
- C8 Estimez-vous avoir un problème avec l'alcool ? oui non
- C9 Si oui, merci de bien vouloir répondre aux questions figurant dans l'annexe jointe (F.A.C.E.)
- C10 Avez-vous déjà consommé des drogues ? oui non
- C11 Si oui, lesquelles ?.....

ALIMENTATION

- C12 Etes-vous préoccupé(e) par votre poids ou votre alimentation ? oui non
- C13 Selon les recommandations actuelles, consommez-vous 5 fruits et légumes par jour ? oui non
- C14 Déjeunez-vous régulièrement « sur le pouce » (sandwich, viennoiserie, etc.) ou « sautez-vous » souvent des repas ? oui non
- C15 Grignotez-vous entre les repas et/ou consommez-vous régulièrement des boissons sucrées de type soda par exemple ? oui non

SEXUALITE ET CONTRACEPTION

- C16 Utilisez-vous actuellement un moyen de contraception ? oui non
- C17 En dehors d'une relation stable, utilisez-vous un préservatif et si oui, savez-vous l'utiliser correctement ? oui non
- C18 Avez-vous déjà effectué un dépistage du SIDA et/ou des hépatites ? oui non
- C19 Votre vie sexuelle actuelle vous satisfait-elle ? oui non

ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

L'activité physique comme, par exemple, la pratique de 30 minutes de marche par jour, est très bénéfique pour la santé.

- C20 Avez-vous une activité sportive ou physique régulière ? oui non
- C21 Si oui, la ou lesquelles ? Merci de bien vouloir préciser :
.....
- C22 Certaines activités sportives ou physiques comportent des risques. En avez-vous parlé avec votre médecin ? oui non
- C23 Vous est-il arrivé d'utiliser des produits pour améliorer vos performances ? Si oui, en connaissiez-vous les risques ? oui non

DIVERS

- C24 Avez-vous un piercing, un tatouage ? oui non
- C25 Avez-vous déjà été transfusé(e) ? oui non
- C26 Prenez-vous régulièrement des médicaments sans avis médical ? oui non
- C27 Si oui, le ou lesquels ? Merci de bien vouloir préciser :
.....
- C28 Consultez-vous régulièrement un chirurgien-dentiste ? oui non
- C29 Consultez-vous régulièrement un ophtalmologue ? oui non

D CANCEROLOGIE ET DEPISTAGE

- D1 Avez-vous été atteint d'un cancer ? oui non
- D2 Un membre de votre famille a-t-il été atteint d'un cancer ? oui non
- D3 Si oui, merci de bien vouloir apporter les précisions utiles dans le tableau suivant :

Type de cancer (à préciser) (ex : colon, sein, etc.)	Vous-même	Père	Mère	Frère ou sœur	Grands parents	Oncles ou tantes
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- D4 Avez-vous entendu parler des campagnes de dépistage des cancers pour les personnes âgées de 50 à 74 ans ? oui non



- D5 De quand date votre dernière recherche de sang dans les selles ? | | | | |
jour mois année
- D6 Avez-vous déjà eu une coloscopie (examen de l'intérieur du colon) ? oui non
- D7 Pour les hommes, avez-vous eu un dépistage du cancer de la prostate ? oui non
- D8 Pour les femmes, de quand date votre dernière mammographie ? | | | | |
jour mois année
- D9 Pour les femmes, avez-vous eu un examen gynécologique complet récent ? oui non
- D10 Avez-vous eu un frottis du col utérin dans les 3 dernières années ? oui non

E. CARDIO-VASCULAIRE

- E1 Avez-vous présenté une ou des maladies cardio-vasculaires (insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, etc.) ? oui non
- E2 Un membre de votre famille a-t-il présenté une de ces maladies cardio-vasculaires ? oui non
- E3 Si oui, merci de bien vouloir compléter le tableau suivant :

Maladie cardio-vasculaire et facteur de risque	Vous-même	Père	Mère	Frère ou sœur	Grands parents	Oncles ou tantes
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral, hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excès de cholestérol, de triglycérides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. VOUS AVEZ PLUS DE 65 ANS OU VOUS ETES DEJA A LA RETRAITE

- F1 Avez-vous des contacts habituels avec les membres de votre famille ou de votre entourage ? oui non
- F2 Ressentez-vous habituellement :
- des troubles de mémoire oui non
 - des troubles de l'équilibre (chutes, vertiges...) oui non
 - des problèmes de digestion oui non
 - des problèmes dentaires, de mastication, de déglutition oui non
 - un manque d'appétit, des troubles digestifs oui non
 - des troubles visuels oui non
 - des troubles auditifs oui non
 - autres (à préciser) oui non

- F3 Quelles sont vos activités (marche quotidienne, activité de groupe, lecture, « travail » de la mémoire (mots croisés par exemple), etc.) ?
-
-
-

BILAN DE PRÉVENTION

FICHE MÉDECIN

A compléter par le médecin

Numéro séquentiel :

A remplir par le médecin de prévention de la caisse RSI

Date de la consultation : | 20

Département de résidence :

Âge :

Sexe : Féminin Masculin

Activité professionnelle :

Merci de préciser le métier de votre patient en n'indiquant pas seulement « artisan », « commerçant » ou « profession libérale ».

A remplir par le médecin le jour de la consultation

Poids (en kilogrammes)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Taille	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IMC (P / T ²)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Pression artérielle systolique (en mm de Hg) ⁽¹⁾	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Traitement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Pression artérielle diastolique (en mm de Hg) ⁽¹⁾	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Traitement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Score de Fagerström (dépendance à la nicotine) ⁽³⁾	<input type="text"/> <input type="text"/>	
Score de F.A.C.E. (dépendance à l'alcool) ⁽³⁾	<input type="text"/> <input type="text"/>	

⁽¹⁾ Indiquer la pression artérielle mesurée le jour de l'examen.

⁽²⁾ Cocher la case si le patient est sous traitement anti-hypertenseur.

⁽³⁾ Se reporter au(x) test(s) réalisé(s) en annexe du questionnaire.

Interprétation du score du test de Fagerström

0 à 2 = pas de dépendance
3 ou 4 = dépendance faible
5 ou 6 = dépendance moyenne
7 ou 8 = dépendance forte

Interprétation du score du test de F.A.C.E

	HOMMES	FEMMES
Risque faible ou nul	Score inférieur à 5	Score inférieur à 4
Consommation excessive probable	Score entre 5 à 8	Score entre 4 à 8
Dépendance probable	Score supérieur à 8	Score supérieur à 8

Facteurs environnementaux professionnels

	Oui	Non
Exposition aux bruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exposition à des poussières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Port de charges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préciser :		

Paramètres biologiques sanguins récents ou prescrits à l'occasion de la démarche actuelle

	Traitement ⁽⁴⁾
Glycémie (en g/l ou mmol/l) ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cholestérol total (en g/l ou mmol/l) ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cholestérol HDL (en g/l ou mmol/l) ⁽⁵⁾	
Triglycérides (en g/l ou mmol/l) ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Cholestérol LDL (en g/l ou mmol/l) (formule de Friedwald) ⁽⁵⁾	
Rapport cholestérol total / cholestérol HDL	

⁽⁴⁾ Cocher la case si le patient est sous traitement.

⁽⁵⁾ Souligner l'unité utilisée.

Si au bout de 30 jours, vous n'avez pas reçu les résultats des examens sanguins prescrits, renvoyez cette fiche en l'état.



SYNTHÈSE GÉNÉRALE

Etes-vous le médecin traitant désigné au sens conventionnel ?

Oui

Non

Avez-vous effectué un examen clinique ?

Oui

Non

A l'occasion de l'entretien avec le patient, à la lecture du questionnaire et compte tenu de ses antécédents familiaux, de son environnement professionnel et de son mode de vie, avez-vous repéré un ou des risques particuliers pour sa santé ?

Oui

Non

Si oui, quels sont-ils ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Envisagez-vous une action ?

Oui

Non

Si oui, immédiate

plus tardive

Qu'envisagez-vous ?

Conseils

Surveillance

Traitement

Orientation vers un spécialiste

Investigations complémentaires

Recherche de sang dans les selles

Coloscopie

Mammographie

Frottis du col utérin

Bilan prostatique

Autres

Merci de bien vouloir préciser :

.....

.....

.....

Signature et cachet du médecin

.....

Cette fiche doit être retournée accompagnée de la prise en charge à l'aide de l'enveloppe T.

ANNEXE QUESTIONNAIRE

TEST DE FAGERSTRÖM PERMETTANT D'ÉVALUER LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE

Merci de remplir ce test si vous êtes fumeur. Il permettra à votre médecin traitant d'évaluer votre dépendance à la nicotine.

	Cases à remplir par le patient	Score à déterminer par le médecin
Quand fumez-vous votre première cigarette au réveil ?		
Dans les 5 premières minutes.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/>
Entre 6 et 10 minutes.....	<input type="checkbox"/> 2	
Entre 30 et 60 minutes.....	<input type="checkbox"/> 1	
Après 60 minutes.....	<input type="checkbox"/> 0	
Avez-vous du mal à ne pas fumer quand c'est interdit ?		
oui.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>
non.....	<input type="checkbox"/> 0	
Quelle est la cigarette à laquelle vous auriez le plus de mal à renoncer ?		
La première de la journée.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>
Une autre.....	<input type="checkbox"/> 0	
Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		
Moins de 10.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="text"/>
11 à 20.....	<input type="checkbox"/> 1	
21 à 30.....	<input type="checkbox"/> 2	
Plus de 30.....	<input type="checkbox"/> 3	
Fumez-vous davantage au cours des premières heures qui suivent le réveil que durant le reste de la journée ?		
oui.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>
non.....	<input type="checkbox"/> 0	
Fumez-vous si vous êtes malade et alité(e) la majeure partie de la journée ?		
oui.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/>
non.....	<input type="checkbox"/> 0	
	SCORE TOTAL	<input type="text"/>



TEST RAPIDE F.A.C.E. PERMETTANT D'ÉVALUER LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Merci de remplir ce test si vous pensez avoir un problème avec l'alcool. Il permettra à votre médecin de faire le point avec vous.

Ces questions portent sur les 12 derniers mois de votre vie.

	Cases à remplir par le patient	Score à déterminer par le médecin
A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?		
Jamais.....	<input type="checkbox"/> 0	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
1 ou 2 fois par mois.....	<input type="checkbox"/> 0	
2 ou 4 fois par mois.....	<input type="checkbox"/> 1	
2 ou 3 fois par semaine.....	<input type="checkbox"/> 2	
4 fois par semaine ou plus.....	<input type="checkbox"/> 3	
Les jours où il vous arrive de boire de l'alcool, combien de verres prenez-vous (*) ?		
1 ou 2.....	<input type="checkbox"/> 1	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
3 à 4.....	<input type="checkbox"/> 2	
5 à 6.....	<input type="checkbox"/> 3	
7 à 9.....	<input type="checkbox"/> 4	
10 ou plus.....	<input type="checkbox"/> 5	
Votre entourage vous a-t-il fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?		
oui.....	<input type="checkbox"/> 1	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
non.....	<input type="checkbox"/> 0	
Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?		
oui.....	<input type="checkbox"/> 4	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
non.....	<input type="checkbox"/> 0	
Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir de ce que vous avez pu dire ou faire ?		
oui.....	<input type="checkbox"/> 4	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>
non.....	<input type="checkbox"/> 0	
	SCORE TOTAL	<input style="width: 40px; height: 40px;" type="text"/>

(*) En théorie, les verres dits « standard » qu'il faudrait comptabiliser ici sont les verres utilisés dans les cafés qui contiennent 10 à 12 grammes d'alcool pur, qu'il s'agisse d'un verre de spiritueux, de vin, de bière ou autre.