

**LORS DE VOTRE(VOS) GROSSESSE(S) VOUS A-T-ON DIAGNOSTIQUÉ :**Un diabète ? Oui Non Ne sais pasUne hypertension artérielle ? Oui Non Ne sais pasAvez-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 pasAvez-vous eu une intervention chirurgicale ? Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, laquelle ?

2.5 VOTRE ETAT DE SANTE ACTUELAvez-vous une hypertension artérielle ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous une insuffisance coronarienne ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous de l'artérite ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous des douleurs dans les jambes ou dans les mollets à l'effort ou lors de la marche ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous un asthme ? Oui Non Ne sais pasToussez-vous souvent (tous les jours) ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ? Oui Non Ne sais pasEtes-vous plus facilement essoufflé(e) que les personnes de votre âge ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous une bronchite chronique de type BPCO ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous des pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil, constatés par l'entourage ? Oui Non Ne sais pasAvez-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 ?

DATE :

SIGNATURE :

L'Assurance maladie propose à ses assurés la réalisation de l'examen de prévention en santé et son suivi en centre d'examens 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.

Avez-vous eu une perte de poids importante dans les 12 derniers mois ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous un diabète ? Oui Non Ne sais pasAvez-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 pasAvez-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 NonUtilisez-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)

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 **votre 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.

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) :

Courriel électronique :@.....

1.2 VOTRE COUVERTURE SOCIALE

Êtes-vous ? Assuré(e) Ayant droit En cours d'affiliationBénéficiez-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 pasAvez-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 pasAVEC 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, Educateur...) ? Oui NonVivez-vous en couple ? Oui Non> SI NON, êtes-vous : Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve) CélibataireSi vous avez de jeunes enfants êtes-vous seul(e) à élever vos enfants ? Oui NonAssumez-vous un rôle d'aidant pour une personne âgée, handicapée, malade ? Oui NonÊtes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? Oui NonY 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 NonVous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? Oui NonÊtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? Oui NonÊtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? Oui NonAu cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? Oui NonEn 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 NonEn 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^{er} cycle universitaire, DUT, BTS, DEUG Diplôme équivalent au moins au 2^e 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 ContrôleAvez-vous eu un contrôle de votre vue au cours des 2 dernières années ? Oui NonAvez-vous eu un test de l'audition au cours des 2 dernières années ? Oui NonAvez-vous eu une mesure de votre souffle au cours des 2 dernières années ? Oui NonAvez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal depuis moins de 2 ans ? Oui NonAvez-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

Êtes-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 NonAvez-vous déjà eu une transfusion de sang ? Oui NonAvez-vous déjà eu un test de dépistage ?
 VIH De l'hépatite B De l'hépatite CAvez-vous déjà eu un piercing ou un tatouage ? Oui NonÊtes-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 NonAvez-vous déjà pris d'autres drogues ? Oui NonConsommez-vous du vin, de la bière, du cidre ou toute autre boisson alcoolisée même occasionnellement ? Oui NonAlimentation : 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 pasHypertension artérielle Oui Non Ne sais pasDiabète Oui Non Ne sais pasDépression Oui Non Ne sais pasUn 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 pasAvez-vous déjà eu des pertes de connaissance, des syncopes ou des convulsions ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous eu à plusieurs reprises une tension artérielle élevée ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous eu un infarctus du myocarde ? Oui Non Ne sais pasAvez-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 pasUn cancer du sein ? Oui Non Ne sais pasUn cancer de la peau ? Oui Non Ne sais pasAvez-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 pasAvez-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 pasCholestérol ? Oui Non Ne sais pasTriglycérides ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous déjà été traité(e) pour une dépression ? Oui Non Ne sais pasAvez-vous été exposé(e) à des situations de violence ? Oui Non Ne sais pasAvez-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