

**Merci de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous et nous rapporter ce questionnaire le jour du bilan.**

<b>Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles ?</b> Hépatites B et C, Syphilis, virus VIH, Chlamydiae	Oui	Non
1. Etes-vous né en Europe de l'Est, sur le continent Africain, en Asie, aux Caraïbes ?  2. Avez-vous fait des voyages ou des séjours prolongés en Europe de l'Est, Asie, sur le continent Africain, aux Caraïbes ?  3. L'un de vos partenaires ou de vos proches est-il né en Europe de l'Est, sur le continent Africain, en Asie ou aux Caraïbes ?  4. Avez-vous eu des rapports sexuels avec plus de deux partenaires dans l'année qui vient de s'écouler ?  5. Avez-vous un nouveau partenaire dans les 3 derniers mois ?  6. Avez-vous déjà eu une maladie sexuellement transmissible (Syphilis, virus HIV, Hépatites B ou C, infections à gonocoque, à Chlamydiae, à Mycoplasme) ?  7. Un de vos partenaires a-t-il été ou est-il atteint d'infection sexuellement transmissible (Hépatites B ou C, du virus HIV, ou d'infections à Chlamydiae) ?  8. Avez-vous des relations sexuelles à risque, hétéro et/ou homosexuelles, à risque y compris relations de sexe oral ?  9. Avez-vous des tatouages ou des piercings ?  10. Avez-vous déjà utilisé des drogues par voie intraveineuse ou nasale ?  11. Etes-vous vaccinés contre l'Hépatite B ?		
Cadre réservé au CES :		
Indication de prescriptions de sérologies	Oui	Non
Indication de dépistage de Chlamydiae	Oui	Non

Remarque :

Lors de votre bilan, vous faites un **prélèvement de vos urines** pour le **laboratoire**. Les **analyses des urines** ne seront pas réalisées **systématiquement**, mais seulement en fonction de vos antécédents médicaux et de votre suivi actuel.

Dépistage des maladies rénales chroniques		
	Oui	Non
<input type="checkbox"/> Dans votre famille proche (parents, frères et sœurs et/ou enfants), est ce que certaines personnes sont ou ont été suivies pour des maladies des reins ?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous vous-même suivi(e) pour une maladie des reins ?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous diabétique ?		
<input type="checkbox"/> Etes-vous suivi(e) pour de l'hypertension artérielle ?		
Si oui, avez-vous un traitement ?		
Si oui, quel est votre traitement pour l'hypertension ?		
..... ..... ..... ..... .....		
<input type="checkbox"/> Prenez-vous régulièrement des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens AINS (au moins 3 fois / semaine et plusieurs semaines / an) ?		
<input type="checkbox"/> Prenez-vous des médicaments comme l'Ibuprofène (au moins 3 fois / semaine et plusieurs semaines / an) ?		
<input type="checkbox"/> Si vous êtes un homme, êtes-vous suivi pour une maladie de la prostate ?		
<input type="checkbox"/> Avez-vous eu un examen d'urines au cours des 12 derniers mois ?		
<i>Si vous avez passé des examens dans les 12 derniers mois, veuillez apporter les résultats.</i>		