

QUESTIONNAIRE SOCIO-ADMINISTRATIF ET DE SANTE *

POURQUOI CE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire est destiné à améliorer la connaissance de votre état de santé. En effet, même si certaines questions relatives à votre mode de vie peuvent vous sembler éloignées des problèmes de santé, il est établi depuis de nombreuses années que des facteurs environnementaux, la situation sociale, les habitudes de vie peuvent avoir un impact important sur la santé d'une personne.

Les informations en résultant sont strictement confidentielles, et les professionnels du Centre d'Examens de Santé habilités à y accéder sont tenus au secret médical.

INFORMATIQUE ET LIBERTES

Ce questionnaire a un caractère facultatif.

Si vous consentez à répondre à tout ou partie des questions formulées ci-après, sachez que vos réponses, comme l'ensemble de l'Examen Périodique de Santé, font l'objet de deux traitements de données par le Centre d'Examens de Santé :

- le premier, nominatif, relève de la gestion de votre dossier médical ; seul le personnel habilité du Centre y a accès ;
- le second, anonymisé, permet à des chercheurs de mener des recherches en santé publique.

Ces traitements sont organisés dans le respect de règles éthiques et juridiques.

Ainsi, conformément à la loi dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez exiger d'accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, aux informations contenues dans votre dossier médical, mais aussi exiger du Centre que ces informations soient rectifiées, complétées ou mises à jour.

En revanche, rien de tel n'est prévu pour les informations anonymisées puisque par nature, est mise en oeuvre une procédure qui empêche la mise en relation entre l'identité d'une personne et les informations la concernant.

Ces traitements ont fait l'objet de formalités *ad hoc* auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

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 Melle M.

• Sauf indication contraire, vous ne devez cocher qu'une seule case, celle qui vous semble le mieux correspondre à votre situation.

• Dans quelques cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases : remplissez alors la case en cadrant à droite. Exemple : Date de naissance 0 5 / 1 1 / 1 9 6 7

Il faut environ 10 à 15 minutes pour compléter ce questionnaire.

En cas de besoin, n'hésitez pas à demander l'aide du personnel du Centre.

* Questionnaire destiné aux personnes juridiquement capables, c'est-à-dire aux majeurs non placés sous un régime de tutelle et aux mineurs émancipés.

Mme Melle Mr

NOM - Prénom :

Date de naissance : / /

Votre numéro de téléphone :

Votre dossier vous sera toujours remis ou envoyé.
Si vous souhaitez qu'il soit transmis en plus à certains médecins, indiquez les destinataires :

- médecin traitant :

.....

.....

- autres (médecin du travail) :

.....

.....

.....

♦ Nombre d'exams de santé précédents :

♦ Votre qualité :

Assuré

Conjoint

Enfant

Autre

♦ Comment avez-vous eu connaissance du Centre d'exams de santé ?

- par une invitation de la Caisse primaire d'assurance maladie

- par d'autres organismes sociaux ? (CAF, Assedic...)

- par des travailleurs sociaux

- par un médecin

- par d'autres moyens

♦ Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur, ...) ? oui non

Éléments socio-professionnels

♦ Avez-vous un emploi stable ? oui non

♦ Si vous travaillez, quelle est votre profession ?

♦ Si vous ne travaillez pas, êtes-vous ? (*1 seule réponse*) :

- jeune en cours de formation

- à la recherche d'un premier emploi

- chômeur de moins de 6 mois

- chômeur de plus de 6 mois

- allocataire du RMI

- étudiant(e)

- personne au foyer

- (pré-) retraité(e)

Si vous êtes chômeur ou retraité, quelle était votre profession ou celle exercée le plus longtemps ?

Depuis combien de temps n'exercez-vous pas d'activité professionnelle ?

- 1 an

- 2 ans

- 3 ans et plus

- n'a jamais travaillé

♦ Bénéficiez-vous de la couverture maladie universelle (CMU) ?
oui non

♦ Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ?
oui non

♦ Êtes-vous ou avez-vous été exposé à des nuisances ? (*cochez les cases correspondantes*)

	actuelle	antérieure
- bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poussières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- silice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- amiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- benzène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- produits toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

♦ Travaillez-vous ?

- de jour

- de nuit

- en poste

- sans horaire fixe

♦ Travaillez-vous ?

- à temps plein

- à temps partiel

Mode de vie

♦ Vivez-vous en couple ? oui non

♦ Quel est votre niveau d'études ?

- ne sait pas lire ou écrire le français

- sans diplôme

- certificat d'études primaires seul

- CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage, BEPC, brevet des collèges

- baccalauréat de l'enseignement général, professionnel, de technicien, brevet de technicien

- diplôme du 1^{er} cycle universitaire, DUT, BTS

- diplôme équivalent au moins au 2^{ème} cycle universitaire : licence, maîtrise, école d'ingénieur, etc...

♦ 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

♦ Quel est votre niveau habituel d'activité physique non professionnelle ?

- peu d'activité physique

- une activité modérée (1h de marche par jour ou équivalent)

- une activité intense (sport de compétition)

♦ Êtes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre ...) au cours des 12 derniers mois ? oui non

♦ Êtes-vous parti 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 difficulté (financière, familiale, 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

- vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) oui non

Etat de santé actuel (suite)

- ♦ Toussez-vous ou crachez-vous presque tous les jours, trois mois de suite chaque année depuis au moins 2 ans ? oui non
- ♦ Avez-vous des troubles du sommeil ? oui non
- ♦ Votre entourage vous a-t-il fait remarquer que vous aviez des troubles de la mémoire ? oui non
- ♦ Avez-vous noté au niveau de la peau des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas, ou un changement d'aspect d'un grain de beauté ? oui non
- ♦ Votre poids est-il :
 - stable ? oui non
 - en hausse ? oui non
 - en baisse ? oui non
 - de combien ? (au cours des 6 derniers mois)
- ♦ Avez-vous des difficultés récentes pour avaler particulièrement le pain ou la viande ? oui non
- ♦ Vos selles se sont-elles modifiées récemment (constipation, diarrhée, alternance) ? oui non
- ♦ Avez-vous du sang dans les selles, ou saignez-vous de l'anus ? oui non
- ♦ Avez-vous une gêne pour uriner ou vous levez-vous plusieurs fois la nuit pour uriner ? oui non
- ♦ Au cours de l'entretien médical, souhaitez-vous que soient évoquées des questions relatives à votre sexualité ? oui non

Hommes :

- ♦ Avez-vous noté une augmentation récente de volume d'un testicule ? oui non

Femmes :

- ♦ Etes-vous suivie régulièrement 1 fois par an sur le plan gynécologique ? oui non
- ♦ Etes-vous ménopausée ? oui non
- ♦ Si oui, avez-vous un traitement hormonal de la ménopause ? oui non

- ♦ Utilisez-vous une méthode de contraception ? oui non
- ♦ Si oui, cochez la case correspondante
 - stérilet
 - préservatif
 - pilule
 - ligature des trompes
 - autre méthode
- ♦ Avez-vous eu un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis moins de 3 ans ? oui non
- ♦ Avez-vous été traitée ou opérée pour maladie gynécologique ? oui non
- ♦ Avez-vous effectué une mammographie dans les 2 dernières années ? oui non
- ♦ Au cours de ces derniers mois, avez-vous remarqué dans vos seins une grosseur même de petit volume ? oui non
- ♦ Avez-vous remarqué un écoulement du mamelon ? oui non
- ♦ Etes-vous enceinte ? oui non
- ♦ Avez-vous des saignements en dehors des règles ? oui non
- ♦ Etes-vous gênée par des pertes blanches abondantes ? oui non
- ♦ Perdez-vous parfois vos urines lorsque vous toussiez ou à l'effort ? oui non

Hommes et Femmes

- ♦ Etes-vous suivi(e) ou traité(e) pour une ou plusieurs affections ? oui non
- ♦ Si oui, laquelle (lesquelles) :
-
-
- ♦ Quels médicaments prenez-vous ?
-
-

Veillez indiquer ici ce que vous désirez voir pris en considération par le médecin du Centre, et qui ne figure pas dans le questionnaire précédent.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

N'oubliez pas d'apporter les éléments médicaux en votre possession (compte-rendus des radios ou opérations éventuelles, électrocardiogrammes, dernières analyses, carnet de santé). Si vous êtes déjà venu et que vous avez conservé les résultats de radio et ECG, veuillez les rapporter ainsi que le précédent dossier.

Date et signature