

Prévention

CABINET MÉDICAL
Docteur Gérard HAMONIC & Docteur Julie PAPIN-BALCON

- 01 Généralistes Conventionné Secteur 1 -- Spécialistes en Médecine Générale -

12 Rue André SOUQUET - 22690 PLEUDIHEN/RANCE

<http://cabmedpleud.over-blog.com>

Tél. : 02 96 83 20 67

cabmedph@orange.fr

-----Consultations sur rendez-vous-----

PLAN de PREVENTION PERSONNALISE

Questionnaire préalable à la consultation

Madame, Monsieur,

Vous allez participer à une consultation de prévention chez votre médecin généraliste. Cette consultation va permettre de faire le bilan de votre état de santé actuel et votre médecin vous conseillera sur les moyens d'éviter certaines maladies et leurs complications.

Pour faciliter cette consultation, merci de remplir le questionnaire qui suit. Il restera bien évidemment confidentiel et vous le remettrez à votre médecin lors de votre rendez-vous de consultation de prévention.

Si des questions restent sans réponse ou si vous ne désirez pas y répondre par écrit, elles seront éclaircies oralement lors de la consultation.

Il est important d'apporter lors de votre rendez-vous :

- Votre carte de vaccination si vous en possédez une ;
- Votre carnet de santé si vous en possédez un ;
- Vos derniers résultats de prise de sang ;
- Vos dernières radiographies, notamment radiographies des poumons avec les comptes-rendus ;
- Pour les femmes : vos derniers comptes-rendus de mammographies, de frottis, d'ostéo-densitométrie.

NOM:

PRENOM:

NOM de jeune fille :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

N° de sécurité sociale :

Votre date de naissance : Votre âge : ans

Votre lieu de naissance :

Votre profession actuelle :

Votre ou vos profession(s) antérieure(s) (pour amiante, radiations, etc.)
.....

Votre situation maritale :

marié(e) ou vivant maritalement célibataire divorcé(e) veuf(ve)

Vous avez des enfants : oui non

Vous vivez :

en ville à la campagne ou dans une petite ville (< 2500 habitants)

Vos habitudes

1 - ALIMENTAIRES

- Combien de repas prenez vous par jour ? par jour
- Où déjeunez-vous?
 À votre domicile:
 Sur votre lieu de travail : cantine casse-croûtes
 Au restaurant:
- Buvez-vous du café? oui non
Si oui,
• Combien par jour ? par jour
• À quelle heure de la journée buvez-vous le dernier ? àh

2 - SOMMEIL

- Combien d'heures, EN MOYENNE, dormez-vous par nuit ? heures
- Avez-vous du mal à vous endormir ? oui non
- Vous réveillez-vous la nuit ? oui non
Si oui, vers quelle heure ?

3 - TABAC

- Fumez-vous ?: oui non

Si oui,

- Combien de cigarettes par jour : cigarettes par jour
- Depuis combien d'années ? : depuis ans

Si non,

- Avez-vous fumé ? : oui non
Si oui, depuis combien d'années avez-vous arrêté ? : depuis ans
- Votre entourage fume-t-il ? : oui non

4 - ALCOOL

- Buvez-vous de l'alcool ? :

tous les jours certains jours de la semaine uniquement le week-end
 occasionnellement jamais

- Par semaine, combien consommez-vous :

. De verres de vin ? : verre(s)
. De canettes de bière ? : canette(s)
. D'apéritifs ? : apéritif(s)
. De digestifs ? : digestif(s)

5 - CANNABIS

- Fumez vous du cannabis ? oui non

Si oui

- Fumez-vous : régulièrement :par jour/semaine/mois
 occasionnellement : par jour/semaine/mois
- sous quelle(s) forme(s) (.....,,):

6 - AUTRES ADDICTIONS

- Utilisez vous ou avez-vous utilisé d'autres drogues? oui non

Si oui,

- la/lesquelle(s) ? :
- par quelles voies ? :
- Par voie injectable ? : oui non
- Par voie nasale ? : oui non

7 - TATOUAGE/PIERCING

- Avez-vous un tatouage? oui non

- Avez-vous un piercing? oui non

8 - EXERCICE PHYSIQUE

- Pratiquez vous un/des exercice(s) physique(s) ?
 régulièrement occasionnellement jamais

Si régulièrement ou occasionnellement,

- le(s)quel(s) ? :
- à quelle fréquence ? :fois par jour/semaine/mois

9 - VACANCES

Si vous voyagez lors de vos vacances,

- Avez-vous visité des pays tropicaux ? : oui non

Si oui,

- Quels sont les derniers pays que vous avez visités ? :

Vous êtes une femme

- A quel âge sont apparues vos premières règles à ans

- Avez-vous des enfants : oui non

Si oui,

- Combien avez-vous d'enfants ? : enfants
- A quel âge avez-vous eu votre premier enfant : ans
- Avez-vous eu du diabète lors d'une grossesse : oui non
- Avez-vous eu de l'hypertension lors d'une grossesse : oui non

- Avez-vous fait une/des fausse(s) couche(s) ou subi un avortement (IVG ou thérapeutique)? : oui non
- Avez-vous fait une/des grossesse(s) extra-utérine(s) oui non
- Etes-vous ménopausée ? : oui non
 - Si oui,
 - a quel âge vos règles se sont elles arrêtées ? : à ans
- À quel âge votre mère a-t-elle été ménopausée ? : à ans
- Si vous avez une/des sœur(s) ménopausée(s),
à quel(s) âge(s) l'a-t-elle (l'ont-elles) été ? : à ans
- Votre mère ou une soeur a-t-elle présenté un cancer du sein ?
 oui (ma mère / ma sœur) non
 - Si oui,
 - à quel âge ? : à ans
- Votre mère ou une soeur a-t-elle présenté un cancer de l'utérus ?
 oui (ma mère / ma sœur) non
- Votre mère ou une soeur a-t-elle présenté un cancer des ovaires ?
 oui (ma mère / ma sœur) non

Vous êtes un homme ou une femme

- A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel ? : à ans
- Avez-vous ou avez-vous eu plusieurs partenaires sexuels ? : oui non
- Êtes-vous homosexuel(le) ou bisexuel(le) ? : oui non
- Utilisez vous des préservatifs ? : oui non
- Fréquentez vous des lieux de rencontre à caractère sexuel ? oui non
- Avez-vous déjà présenté une maladie dite sexuelle (.....,,, etc.) ? :
 oui non
 - Si oui, la/lesquelle(s) ? :

Dans votre famille

L'un des membre de votre famille proche
(père, mère, frère, sœur, oncle) a-t-il/elle présenté :

- des Polypes des intestins : oui non
- un Cancer de l'intestin : oui non
- un Cancer des grains de beauté (mélanome): oui non
- un autre type de cancers connus? oui non
Si oui, le(s)quel(s)?:.....
- une Maladie du sang? : oui non
- une Angine de poitrine ou un infarctus : oui non
Si oui,
• quel parent?: mon/ma/mes
- A quel âge l'a-t-il(elle) présenté?: à ans
- un Accident vasculaire cérébral : oui non
Si oui,
• Quel parent?: mon/ma/mes
- A quel âge l'a-t-il(elle) présenté?: à ans
- une Mort subite : oui non
Si oui,
• Quel parent?: mon/ma/mes
- A quel âge l'a-t-il(elle) présenté?: à ans
- une Dépression nerveuse : oui non
- une Sclérose en plaques (SEP) oui non
- une Maladie d'Alzheimer : oui non
- une Obésité : oui non
- un Diabète : oui non
- une Hépatite B : oui non
- une Hépatite C : oui non

Votre état de santé

Dans le passé :

- Avez-vous eu un cancer ? : oui non
Si oui : le(s)quel(s) ? :
À quel âge ? : à ans
- Avez-vous eu des maladies de l'intestin ? : oui non
Si oui : la(es)quelle(s) ? :
À quel âge ? : à ans
- Avez-vous eu des maladies des poumons ? : oui non
Si oui : la(es)quelle(s) ? :
- Avez-vous eu une maladie nerveuse ? : oui non
Si oui : laquelle ? :
À quel âge ? : à ans
- Avez-vous eu une maladie rénale ? : oui non
- Avez-vous eu une maladie de la peau ? : oui non
- Étiez vous obèse ? : oui non

Aujourd'hui

- Avez-vous des allergies ? oui non
Si oui la/lesquelle(s) ? :
- Êtes-vous diabétique ? : oui non
- Avez-vous une maladie du cœur ? : oui non
Si oui, laquelle ? :
- Avez-vous une maladie des poumons ? : oui non
Si oui, laquelle ? :
- Avez-vous présenté une tuberculose ? : oui non
- Vous a-t-on opéré de la rate (après un accident par exemple) ? : oui non
- Avez-vous des douleurs permanentes ? : oui non
- Vous a-t-on déjà passé du sang en perfusion ? : oui non
- Êtes vous hémophile ? : oui non

- Vous a-t-on soigné dans un pays en voie de développement ? : oui non
- Avez-vous bénéficié d'une greffe ? : oui non
Si oui, de quel organe ? :
- Vous sentez-vous ou votre entourage vous trouve-t-il ?
 Heureux Agressif Renfermé/Replié sur vous-même :
 « Changé » récemment « Dépressif » récemment

Faites ici la liste de vos opérations chirurgicales

-
-
-
-
-
-
-
-

Faites ici la liste des Médicaments que vous prenez habituellement

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Faites ici la liste des Médicaments que vous prenez

occasionnellement

-
-
-
-
-
-
-
-

Notez ici les éléments que vous n'avez pas pu mentionner

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire
Merci d'apporter lors de votre rendez-vous : votre carnet de vaccinations, les comptes-rendus des derniers examens et vos dernières ordonnances

*Nous vous sommes reconnaissants de nous communiquer
toute remarque permettant d'améliorer ce document*