

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

АНКЕТА ЗДОРОВ'Я

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.

ЧОМУ ЗАПОВНИТИ ЦЮ АНКЕТУ?

Ця анкета дає змогу краще зрозуміти стан свого здоров'я.

Ваші відповіді суворо конфіденційні. Фахівці Оглядового центру, які мають право на доступ до нього, зобов'язані дотримуватись професійної таємниці.

ЯК ЗАПОВНИТИ ЦЮ АНКЕТУ?

- Для більшості запитань ви знайдете поля на кшталт « ». Щоб відповісти, просто поставте галочки. приклад : пані Містер

- Якщо не вказано інше, ви повинні поставити галочку лише в одному квадратику, який, на вашу думку, найкраще відповідає вашій ситуації.

Заповнення анкети займає близько десяти хвилин. При необхідності не соромтеся звертатися за допомогою до працівників Центру.

Ця анкета та кожне з питань, які вона містить, є обов'язковими. Це не впливає на користь медичного огляду. Ми дякуємо вам за те, що ви завершили його, оскільки ваші відповіді дозволяють нам персоналізувати наш профілактичний огляд.

КОМУ ПОТРІБНО НАДАТИ ЦЮ АНКЕТУ?

ПІСЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ВАМИ АНКЕТА ДОСТАВЛЯЄТЬСЯ ОСОБОЮ АБО В КОНФІДЕНЦІЙНОМУ ВЛОЖЕННІ ПЕРСОНАЛУ ОКЛАДНОЇ ОГЛЯДНОСТІ.



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)

Courrier électronique : @

1.2 VOTRE ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

Vivez-vous en couple ? Oui Non

> SI NON, êtes-vous : Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve) Célibataire

En Ukraine, aviez-vous une activité physique régulière (au moins une fois par semaine) ? Oui Non

1.3 VOS ETUDES

Quel est votre niveau d'études ?

Ne sais pas lire ou écrire

Sans diplôme

Baccalauréat enseignement général, professionnel, brevet de technicien

Bac + 2 Faculté

1.4 VOTRE VIE PROFESSIONNELLE

Quelle est votre profession ?

.....

> 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

1. 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 Contrôle

Avez-vous eu un contrôle de votre vue au cours des 2 dernières années ? Oui Non

1. СОЦІАЛЬНО-АДМІНІСТРАТИВНІ ПИТАННЯ

1.1 ЗНАТИ ТЕБЕ КРАЩЕ

Пані Сер

Ім'я Одружене ім'я

Ім'я

Дата народження (ДД/ММ/РР): / /

Адреса : N° Додаток (Bis, Ter...)

Тип дороги (вулиця, бд, пр...)

Назва дороги

Додаткова адреса (додаток, будівля, поверх...)

Поштовий індекс Commune

тел. (бажано мобільний)

Електронна адреса : @

1.2 ВАШЕ СОЦІАЛЬНЕ ТА СИМЕЙНЕ

Ви живете як пара? Так Ні

> ЯКЩО НІ, ви : Розлучений/розлучений Овдовів Неодружений

Чи були у вас в Україні регулярні фізичні навантаження? (хоча б один раз на тиждень) Так Ні

1.3 В АШІ Д О С Л І Д Ж Е Н Н Я

Який у вас рівень навчання?

Не вмію ні читати, ні писати

Без диплома

Бакалавр загальної та професійної освіти, сертифікат техніка

Бак + 2 Факультет

1.4 ВАШЕ ПРОФЕСІЙНЕ ЖИТТЯ

Яка твоя професія ?

.....

> Ви піддалися впливу значного шуму в ваше особисте та/або професійне середовище? Так Ні

> Ви регулярно піддавалися впливу до хімічного пилу, парів чи парів? Так Ні

1. МЕДИЧНІ ПИТАННЯ

2.1 ВАШЕ МЕДИЧНЕ ПОСЛУЖЕННЯ

Коли ви востаннє зверталися до свого лікаря ?

.....

Чому :

Коли ви востаннє були у стоматолога?

.....

Чому : Надзвичайна ситуація Догляд за зубами

Чи перевіряли Ви зір протягом останніх 2 років? КОНТРОЛЬ Так Ні

Avez-vous eu un test de l'audition
au cours des 2 dernières années ? Oui Non

Avez-vous eu une mesure de votre souffle
au cours des 2 dernières années ? Oui Non

Avez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal
(présence de sang dans les selles) depuis moins de 2 ans ? Oui Non

Avez-vous passé une coloscopie
au cours des 5 dernières années ? Oui Non

 À quand remonte votre dernière consultation
gynécologique ?

 Avez-vous réalisé une mammographie
de dépistage depuis moins de 2 ans ? Oui Non
> Si oui, quel était son résultat ?

 Avez-vous eu un frottis de dépistage
du col de l'utérus depuis moins de 3 ans ? Oui Non
> Si oui, quel était son résultat ?

2.2 VOS MODALITES DE VIE

Avez-vous déjà eu une transfusion de sang ? Oui Non

Êtes-vous fumeur de tabac (quelle que soit la forme) ? Oui Non

> Si oui, depuis combien de temps fumez-vous ?

> Quelle est votre consommation de cigarettes par jour ?

Avez-vous arrêté de fumer ? Oui Non

> Si oui, depuis combien de temps ?

> Quelle était votre consommation de cigarettes par jour ?

> Pendant combien d'années ?

Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Avez-vous déjà pris d'autres drogues ? Oui Non

Consommez-vous du vin, de la bière, du cidre ou toute
autre boisson alcoolisée même occasionnellement ? Oui Non

Alimentation : 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 pas

Hypertension artérielle Oui Non Ne sais pas

Diabète Oui Non Ne sais pas

Un 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 (AVC, Infarctus
du myocarde, HTA...) ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous eu un cancer ? Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, lequel ?

> À quelle date ?

Ви проходили перевірку слуху
за останні 2 роки? Так Ні

Ви виміряли своє дихання
за останні 2 роки? Так Ні

Чи проходили у вас скринінговий тест на колоректальний рак
(наявність крові в калі) менше 2 років ? Так Ні

У вас була колоноскопія
за останні 5 років ? Так Ні

 Коли була ваша остання консультація у
гінеколога ?

 Чи робили ви скринінгову мамографію
менше 2 років тому? Так Ні
> Якщо так, то якими були його результати ?

 Чи робили у вас мазок з шийки
матки менше 3 років? Так Ні
> Якщо так, то яким був його результат?

2.2 В А Ш С Т И Л Ъ Ж И Т Т Я

Вам коли-небудь робили переливання крові? Так Ні

Ви курите тютюн (у будь-якій формі)? Так Ні

> Якщо так, то скільки часу ви курите?

> Скільки ви споживаєте сигарет за день?

Ви кинули палити? Так Ні

> Якщо так, то з якого часу?

> Скільки ви споживали сигарет за день?

> На скільки років?

Ви курили канабіс протягом останніх 12 місяців? Так Ні

Чи вживали ви інші наркотичні препарати? Так Ні

Ви навіть час від часу вживаєте вино, пиво, сидр
або будь-який інший алкогольний напій? Так Ні

Харчування: дотримуєтеся спеціальної дієти? Так Ні

2.3 В А Ш С Т И Л Ъ Ж И Т Т Я

Чи хворіли Ваш батько, мати, брат(и) та/або сестра(и)
коли-небудь із перелічених нижче захворювань?

Інфаркт міокарда або раптова смерть :

> з вашим батьком або братом до 55 років: Так Ні Не знаю

> з вашою матір'ю або сестрою до 65 років : Так Ні Не знаю

Інсульт до 45 років Так Ні Не знаю

Гіпертонія Так Ні Не знаю

цукровий діабет Так Ні Не знаю

рак товстої кишки Так Ні Не знаю

> ЯКЩО ТАК, вкажіть, з якого віку

Рак молочної залози Так Ні Не знаю

> ЯКЩО ТАК, вкажіть, з якого віку

Інші ракові або інші захворювання

(зокрема, генетичні захворювання тощо) Так Ні Не знаю

> ЯКЩО ТАК, то хто і які?

2.4 ВАШ ОСОБИСТИЙ ФОН

У вас були серцеві захворювання
або кровоносних судин (CVA, інфаркт міокарда,
гіпертонія...) ? Так Ні Не знаю

У вас був рак ? Так Ні Не знаю

> Якщо так, то який?

> В якому році ?

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 pas

Avez-vous déjà été traité(e) pour une dépression ? Oui Non Ne sais pas

Comment vous sentez-vous au niveau psychologique ?
.....
.....

 Avez-vous eu des enfants ? Oui Non
> SI OUI, combien ?

Votre(vos) grossesse(s) était(aient) normale(s) ? Oui Non

Avez-vous eu une intervention chirurgicale ? Oui Non Ne sais pas
> SI OUI, laquelle ?

2.5 VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL

Avez-vous une hypertension artérielle ?... Oui Non Ne sais pas

Avez-vous un asthme ? Oui Non Ne sais pas

Etes-vous plus facilement essoufflé(e) que les personnes de votre âge ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous un diabète ? Oui Non Ne sais pas

> SI OUI, lequel ?

Avez-vous des problèmes de peau ? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous des plaintes particulières à signaler (toux, maux de ventres, maux de tête...)? Oui Non Ne sais pas

Avez-vous d'autres maladies ? 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 une contraception ? Oui Non

Quelle est la date de votre dernière vaccination ?

contre la diphtérie :

contre le tétanos :

contre la poliomyélite :

contre la tuberculose :

Aujourd'hui, y a-t-il une question qui vous préoccupe ?
.....
.....

DATE :

SIGNATURE :

Ви хворіли на гепатит? Так Ні Не знаю
laquelle ? (A, B, C ou autres) ?

У вас була статева інфекція передається? Так Ні Не знаю

ти колись лікувався для депресії? Так Ні Не знаю

Як ви себе почуваєте психологічно?
.....
.....

 у вас були діти ? Так Ні
> якщо так, то скільки ?

Чи була/була ваша вагітність нормальною ? Так Ні

Вам робили операцію? Так Ні Не знаю
> Якщо так, яку?

2.5 VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL

У вас високий кров'яний тиск? Так Ні Не знаю

У вас астма? Так Ні Не знаю

Ви задихаетесь скоріше ніж люди вашого віку? Так Ні Не знаю

У вас цукровий діабет? Так Ні Не знаю

> Якщо так, то який ?

Чи є у вас проблеми зі шкірою? Так Ні Не знаю

Чи є у вас якісь особливі скарги (кашель, болі в животі, головні болі...)? Так Ні Не знаю

Чи є у вас інші захворювання? Так Ні Не знаю
> ЯКЩО ТАК, вкажіть ?

 Ви вагітні ? Так Ні Не знаю

Якщо у вас менопауза, чи були у вас коли-небудь гінекологічні кровотечі? Так Ні Не знаю



2.6 ВАШЕ ЛІКУВАННЯ

Ви приймаєте ліки щодня? Так Ні

> ЯКЩО ТАК, запишіть назви різних ліків, які ви приймаєте щодня або майже :

Чи є у вас контрацепція? Так Ні

Яка дата останньої вакцинації?

проти дифтерії :

проти правця :

contre la poliomyélite :

contre la проти туберкульозу :

Сьогодні є питання, яке хвилює вас?
.....
.....

ДАТА :

ПІДПИС :

L'Assurance Maladie propose à ses assurés la réalisation de l'examen de prévention en santé et son suivi en centre d'examen 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 Fontenay – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.