

Nom et prénom de l'affilié :

N° personnel ou n° pension :

Bénéficiaire du présent programme:.....

Questionnaire préalable

Pour rendre votre dépistage plus efficace, nous vous invitons à compléter très soigneusement ce questionnaire, **avec l'aide de votre médecin traitant.**

Il constituera une base importante pour déterminer les risques éventuels qui menacent votre santé.

Veillez entourer le oui ou le non à chaque question, et compléter les réponses aux autres questions.

1. Votre mode de vie

• Fumez-vous ? OUI NON
Si oui, quoi ?.....combien par jour ?.....

• Pratiquer-vous un exercice physique au moins
une fois par semaine ? OUI NON

Si oui lequel ?.....

A quelle fréquence par semaine ?.....

• Combien de fois par semaine en moyenne, consommez – vous :

- de la viande rouge

- du poisson.....

- des fruits et des légumes.....

- du beurre ou de la margarine.....

- des céréales ou des oléagineux.....

• Portez-vous régulièrement votre ceinture de sécurité ? OUI NON

• Consommez-vous des boissons alcoolisées ? OUI NON
Si oui, combien de verres par semaine, toute boisson confondue ?.....

• Consommez-vous des drogues ? OUI NON

- Pensez-vous être exposé au risque de maladie sexuellement transmissible ? OUI NON
- Vous exposez-vous au soleil ou bancs solaires au point d'avoir des coups de soleil ou d'être bien bronzé ? OUI NON
- Voyagez-vous en régions tropicales ? OUI NON

2. Vos antécédents familiaux

- Connaissez-vous des cas de cancer dans votre famille proche ? (notamment cancer du sein, du côlon et de la peau) OUI NON

Si oui,

<u>Lien de parenté</u>	<u>Type de cancer</u>	<u>Age d'apparition</u>

- Connaissez-vous des cas de maladie cardiovasculaire dans votre famille ? (notamment attaque, infarctus, angine de poitrine, mort soudaine avant 55 ans, hypercholestérolémie familiale) OUI NON

Si oui,

<u>Lien de parenté</u>	<u>Type de maladie</u>	<u>Age d'apparition</u>

- Connaissez-vous des cas de diabète dans votre famille proche ? OUI NON

Si oui,

<u>Lien de parenté</u>	<u>Age d'apparition</u>

- Connaissez-vous d'autres types de maladies héréditaires graves dans votre famille proche ?
OUI NON

Si oui,

<u>Lien de parenté</u>	<u>Type de maladie</u>

3. Vos antécédents personnels

- Avez-vous déjà souffert ou été traité pour :

- | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|
| - Hypertension | OUI | NON |
| - Infarctus ou angine de poitrine | OUI | NON |
| - Accident vasculaire cérébral | OUI | NON |
| - Artérite | OUI | NON |
| - Diabète | OUI | NON |
| - Hypercholestérolémie | OUI | NON |
| - Cancer | OUI | NON |

- Autres, lesquels?

• Avez-vous déjà été opéré ?

OUI NON

Si oui,

<u>De quoi ?</u>	<u>A quel âge ?</u>

• Vous a-t-on

- fait une transfusion sanguine avant 1992 ?

OUI NON

• Veuillez noter la date de vos derniers vaccins :

- Tétanos :

- Diphtérie :

- Poliomyélite :

- Pneumocoque :

- Grippe :

- 2^{ème} injection pour hépatite A :

- 3^{ème} injection pour hépatite B :

• Avez-vous souffert d'autres maladies graves ou tropicales ? OUI NON

Si oui, lesquelles

<u>De quoi ?</u>	<u>A quel âge ?</u>

- Pour les femmes : - avez-vous déjà souffert de maladies gynécologiques OUI NON

Si oui, lesquelles

<u>De quoi ?</u>	<u>A quel âge ?</u>

- combien de grossesses avez-vous eues ?

Complications éventuelles :

<u>Lesquelles ?</u>	<u>Quelle grossesse ?</u>

4. Vos traitements actuels

- Pilule contraceptive :
- Hormonothérapie de la ménopause :
- Traitement de l'ostéoporose :
- Autres médicaments prescrits :

.....

- Médicaments que vous achetez-vous-même :

.....

.....
.....
.....

5. Vos symptômes éventuels

Avez-vous présenté les derniers mois l'une des plaintes suivantes ?

- | | | |
|---|-----|-----|
| - douleur thoracique oppressive | OUI | NON |
| - crampes au mollet en marchant | OUI | NON |
| - changement de vos habitudes intestinales | OUI | NON |
| - sang dans les selles ou selles noires | OUI | NON |
| - essoufflement anormal | OUI | NON |
| - toux depuis plus de 3 semaines | OUI | NON |
| - sang dans les expectorations | OUI | NON |
| - gain ou perte de poids involontaire : | OUI | NON |
| si oui, +kgs depuis..... | | |
| -kgs depuis | | |
| - modification d'une tâche cutanée préexistante | OUI | NON |
| - modification persistante de votre voix | OUI | NON |
| - difficultés d'audition | OUI | NON |
| - difficultés de vision | OUI | NON |
| si oui, lesquelles ?..... | | |
| | | |
| - saignements gynécologiques anormaux | OUI | NON |
| - autres symptômes inquiétants : | OUI | NON |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

6. Examens pratiqués récemment

Résultats annuels

- | | | |
|--|-----|-----|
| - analyse de sang datant de moins d'un an | OUI | NON |
| - mammographie datant de moins d'un an | OUI | NON |
| - colonoscopie | OUI | NON |
| - densitomètre osseuse datant de moins de 2 ans | OUI | NON |
| - électrocardiogramme à l'effort datant de | OUI | NON |
| - examens de la vision | OUI | NON |

Si vous avez répondu oui, veuillez si possible joindre une copie du protocole des examens pratiqués.

Merci d'avoir complété ce questionnaire qui constituera un élément important du programme de dépistage. Veuillez apporter le présent questionnaire lors de votre examen.