

Année	Vague	Mode d'enquête
-------	-------	-------------------

L'ETAT DE SANTE DE :  (            ans)
---

N°	N° Personne
----	-------------

Indiquez le prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : .....

**1. QUELLES MALADIES, TROUBLES DE LA SANTE OU INFIRMITES AVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?**

Voici une liste pour vous aider à répondre : ↓

	DONNER LE NOM PRECIS DE LA MALADIE  ↓	Depuis quelle année en êtes-vous atteint ?	Avez-vous traité cette maladie au cours des 12 derniers mois ?	
			OUI	NON
1. Insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, angine de poitrine, infarctus du myocarde, valvulopathie			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
2. Tension artérielle élevée ( <i>quels chiffres avant traitement ?</i> )			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3. Maladie des artères : artérite (ne pas confondre avec l'arthrite qui est une maladie des articulations à noter en 6)			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
4. Antécédent d'accident vasculaire cérébral ayant laissé des séquelles : paralysie ou hémiplégie (ou attaque)			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
5. Varices, ulcères de jambes			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
6. Lumbago, sciatique, arthrose, douleurs des articulations, arthrite aiguë ( <i>indiquer la région douloureuse</i> ), ostéoporose			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
7. Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose pulmonaire			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
8. Sinusites, otites, angines fréquentes			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
9. Maladie de la bouche et des dents : gingivite, déchaussement des dents, caries, saignement des gencives, etc...			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Eczéma, acné, psoriasis, mycose, autres maladies de la peau			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
11. Maux d'estomac, ulcère d'estomac			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
12. Hépatite, cirrhose, calculs biliaires			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
13. Troubles de l'intestin, diarrhées, colite, constipation			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
14. Calculs urinaires, cystite, maladie des reins			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
15. Troubles des règles ou de la ménopause, fibrome donnant des troubles. Maladies de la prostate et de l'appareil génital			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
16. Syphilis, blennorragie, trichomonase, autres maladies vénériennes ou sexuellement transmissibles			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
17. Diabète, hyper ou hypo thyroïdie, goître, obésité			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
18. Tremblements, parkinson, autres maladies du système nerveux			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
19. Migraine, maux de tête fréquents ( <i>d'un seul côté ou des 2 ?</i> )			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
20. Myopie, presbytie, strabisme, glaucome, cataracte			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
21. Troubles de l'audition : baisse de l'audition progressive ou perte de l'audition uni ou bilatérale, totale ou partielle ?			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
22. <b>Infirmité, handicap de naissance</b> : cécité, surdité, luxation congénitale de la hanche, trisomie, débilité, etc...			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
23. <b>Handicap acquis</b> : amputation, hernie ( <i>précisez où</i> ), incontinence (urinaire ou fécale), handicap mental			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
24. Troubles du sommeil			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
25. Dépression, états dépressifs fréquents, autres troubles psychiques			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
26. Tumeurs bénignes, malignes, cancers ( <i>précisez où</i> ), leucémie			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
27. Autre maladie non relevée ci-dessus <b>dont vous êtes atteint en ce moment</b> : grippe, maladie infantile, bronchite, angine, rhino-pharyngite, fracture, entorse, plaies...			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire.  
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

(suite au dos de la page)

**2. QUELS SONT LES MEDICAMENTS QUE VOUS AVEZ CONSOMMES AU COURS DES DERNIERES 24 H, C'EST A DIRE DEPUIS HIER A LA MEME HEURE ? DONNEZ LE NOM PRECIS Y COMPRIS LE DOSAGE ET LA QUANTITE CONTENUE DANS UNE BOITE (sans oublier les pilules et autres contraceptifs, les somnifères, anti-douleurs...)**

**3. POIDS** |\_\_|\_\_|\_\_| Kg

**4. TAILLE** |\_\_| m |\_\_|\_\_| cm

**5. AVEZ-VOUS DEJA ETE OPERE (E) ?**  1 oui  2 non Si oui, précisez quelle intervention.....

**6. POUR LES FEMMES :** Etes-vous enceinte actuellement ?  1 oui  2 non

**7. AVEZ-VOUS HABITUELLEMENT DES DIFFICULTES POUR VOUS DEPLACER ?**

- 1 oui si oui =>  1 je ne me lève pas de mon lit  
 2 je peux me lever un peu  
 3 je peux me déplacer avec l'aide d'une autre personne  
 4 je peux me déplacer avec un appareil ou une canne  
 5 je n'ai besoin d'aucune aide, mais je ressens certaines limitations
- 2 non

**AVEZ-VOUS HABITUELLEMENT DES DIFFICULTES POUR FAIRE VOTRE TOILETTE ?**

- 1 oui si oui =>  1 je la fais seul (e)  
 2 je la fais avec une aide
- 2 non

**8. PORTEZ-VOUS ?**

- des lunettes.....  1 oui  2 non => Si oui, précisez si possible la nature du trouble visuel .....
- une prothèse auditive.....  1 oui  2 non .....
- une prothèse dentaire fixe (couronne, bridge...)...  1 oui  2 non .....
- une prothèse dentaire amovible (dentier).....  1 oui  2 non .....
- une autre prothèse (ex. hanche, pile pour le coeur)  1 oui  2 non => Si oui, laquelle ? .....

**9. AVEZ-VOUS ?**

- 1 toutes vos dents intactes, en bon état ?
- 2 toutes vos dents, dont certaines ont dû être traitées ou remplacées ?
- 3 perdu une partie de vos dents, mais il vous en reste suffisamment pour mastiquer les aliments sans nécessiter de prothèse dentaire ?
- 4 perdu toutes ou presque toutes vos dents ?

**10. POUVEZ-VOUS NOTER VOTRE ETAT DE SANTE ENTRE 0 ET 10 ?** |\_\_|\_\_|

(0 en très mauvaise santé - 10 en excellente santé)

**11. AVEZ-VOUS EU RECOURS POUR DES PROBLEMES DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS A UNE PERSONNE QUI N'EST PAS MEDECIN, NI KINESITHERAPEUTE, NI INFIRMIERE OU PSYCHOLOGUE...**

1 oui Si oui, =>  1 guérisseur  2 rebouteux  3 chiropracteur  4 naturopathe  5 autre, précisez .....

2 non

**11bis. SI OUI, POUR QUELS PROBLEMES DE SANTE ?** .....

**11ter. QUELLE EST LA DATE DE LA DERNIERE SEANCE ?** ..... **ET LA SOMME PAYEE ?** |\_\_|\_\_|\_\_|

**12. FUMEZ-VOUS DE FACON HABITUELLE ?**

- 1 oui, combien fumez-vous par jour de : - cigarettes |\_\_|\_\_| depuis combien d'années ? |\_\_|\_\_|  
- pipes cigarillos ou cigares |\_\_|\_\_|
- 2 non, avez-vous déjà fumé ?  1 oui, pendant combien d'années ? |\_\_|\_\_|  
 2 non, jamais