

7. Quelles maladies, troubles de la santé ou infirmités avez-vous actuellement ?

Voici une liste pour vous aider à répondre :

	DONNER LE NOM PRECIS DE LA MALADIE ↓	Depuis combien d'années 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			<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, goitre, 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			<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. Infirmité, handicap de naissance : cécité, surdité, luxation congénitale de la hanche, trisomie, débilité, etc.			<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂
23. Handicap acquis : 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 dont vous êtes atteint en ce moment : grippe, maladie infantile, bronchite, angine, rhinopharyngite, fracture, entorse, plaies...			<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂

8. Portez-vous ?

- des lunettes ou des lentilles ₁ oui ₂ non ⇨ **Si oui, précisez la nature du trouble visuel :**
 une prothèse auditive..... ₁ oui ₂ non
 un appareil de redressement dentaire 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 cœur) ... ₁ oui ₂ non ⇨ **Si oui, laquelle ?**

9. Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ? (ou celui de la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire)

(0 = en très mauvaise santé, 10 = en excellente santé)..... |__|__|

Quelques questions sur votre vie quotidienne (16 ans et plus)

15. **Pratiquez-vous une activité sportive de manière régulière au moins une fois par semaine ?** ₁ oui ₂ non

16. **Fumez-vous de façon habituelle ?**

₁ **oui** ⇒ Combien fumez-vous, par jour, de : cigarettes |__|__, pipes |__|__, cigarillos ou cigares |__|__ ?

Depuis combien d'années fumez-vous ? |__|__

Fumez-vous habituellement à l'intérieur de votre habitation ? ₁ oui ₂ non

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? ₁ oui ₂ non

₂ **non** ⇒ Avez-vous déjà fumé ? ₁ oui ₂ non

Si oui, pendant combien d'années ? |__|__

depuis combien d'années avez-vous arrêté ? |__|__

17. **Combien de fois vous arrive-t-il de consommer de l'alcool ?**

Alcool = toute boisson alcoolisée (vin, bière, whisky...)

₁ jamais (*aller à la question 20*)

₂ 1 fois par mois ou moins

₃ 2 à 4 fois par mois

₄ 2 à 3 fois par semaine

₅ 4 à 6 fois par semaine

₆ tous les jours

18. **Les jours où vous buvez de l'alcool, combien de verres consommez-vous ?**

*1 verre d'alcool = 1 verre de boisson alcoolisée
(1 verre de vin = 1 verre de bière = 1 apéritif...)*

₁ 1 ou 2

₂ 3 ou 4

₃ 5 ou 6

₄ 7 à 9

₅ 10 ou plus

19. **Combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres ou davantage au cours d'une même occasion ?**

₁ jamais

₂ moins d'une fois par mois

₃ une fois par mois

₄ une fois par semaine

₅ tous les jours ou presque

Vaccinations et prévention (16 ans et plus)

20. **Avez-vous été vacciné contre le tétanos ?** ₁ oui

₂ non

₃ ne sait pas

↳ **si oui**, la dernière injection date de ₁ - de 10 ans

₂ 10 à 15 ans

₃ + de 15 ans

₄ ne sait pas

21. **Avez-vous été vacciné contre la poliomyélite ?** ₁ oui

₂ non

₃ ne sait pas

↳ **si oui**, la dernière injection date de ₁ - de 10 ans

₂ 10 à 15 ans

₃ + de 15 ans

₄ ne sait pas

22. **Avez-vous été vacciné contre la diphtérie ?** ₁ oui

₂ non

₃ ne sait pas

↳ **si oui**, la dernière injection date de ₁ - de 10 ans

₂ 10 à 15 ans

₃ + de 15 ans

₄ ne sait pas

23. **Avez-vous un document écrit sur lequel sont reportées ces vaccinations ?** ₁ oui

₂ non

₃ ne sait pas

24. **Avez-vous reçu d'autres vaccins au cours des 10 dernières années ?** ₁ oui

₂ non

₃ ne sait pas

↳ **si oui**, lesquels ? ₁ grippe

₂ hépatite B

₃ autres vaccins

₄ ne sait plus quel(s) vaccin(s)

25. **Avez-vous déjà eu une coloscopie ?** (examen du colon par endoscope) ₁ oui

₂ non

₃ ne sait pas

↳ **Si oui**, de quelle année date votre dernière coloscopie ? |__|__|__|__|

Vous avez 16 ans ou plus et vous êtes une femme, merci de répondre aux questions suivantes

26. **Etes-vous enceinte actuellement ?** ₁ oui ₂ non

27. **Avez-vous déjà eu un examen gynécologique ?** ₁ oui ₂ non

↳ **Si oui**, de quelle année date votre dernier examen gynécologique ? |__|__|__|__|

28. **Avez-vous déjà eu une mammographie ?** (Une mammographie est un examen radiologique des seins) ₁ oui ₂ non

↳ **Si oui**, de quelle année date votre dernière mammographie ? |__|__|__|__|

↳ **Si oui**, votre dernière mammographie vous a été prescrite :

- alors que vous aviez déjà eu un cancer du sein ₁ oui ₂ non

- car vous aviez des problèmes (nodule...), des symptômes concernant vos seins ₁ oui ₂ non

- pour une simple surveillance ₁ oui ₂ non

(vous n'avez pas de problème concernant vos seins et jamais eu de cancer du sein)

29. **Votre mère ou quelqu'un de sa famille a-t-elle eu un cancer du sein ?** ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas