

6. 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 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. 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, rhino-pharyngite, fracture, entorse, plaies...			<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂

7. Souffrez-vous fréquemment de douleurs ?

₁ oui, très importantes ₂ oui, importantes ₃ oui, peu importantes ₄ non

8. Vous sentez-vous parfois victime du sort ou de la fatalité ?

₁ oui ₂ non

9. Si oui, éprouvez-vous alors des sentiments :

₁ d'agressivité ₂ de colère, ₃ d'indignation,
₄ d'impuissance ₅ de résignation, ₆ d'abattement, ₇ aucun sentiment

10. Suivez-vous actuellement un régime alimentaire qui vous a été prescrit pour des raisons médicales ? ₁ oui ₂ non

11. Si oui, est-ce pour :

- le cholestérol ? ₁ oui ₂ non
- le diabète ? ₁ oui ₂ non
- une autre raison ? ₁ oui ₂ non

- le coeur ou la tension ? ₁ oui ₂ non
- maigrir ? ₁ oui ₂ non

si oui, précisez laquelle :

12. 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)

|_|_|

Bien des gens connaissent des périodes pendant lesquelles leur moral est bon et d'autres pendant lesquelles il est bas. Nous allons maintenant vous poser des questions sur les périodes où vous aviez plutôt mauvais moral.

13. Au cours du dernier mois, avez-vous eu une période ayant duré au moins deux semaines pendant laquelle :

- a. Vous vous êtes senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ? ₁ oui ₂ non
- b. Vous aviez presque tout le temps le sentiment de n'avoir goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ? ₁ oui ₂ non
- c. Vous vous sentiez presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ? ₁ oui ₂ non

Si vous avez répondu oui à au moins une des trois questions ci-dessus, poursuivez le questionnaire, sinon allez à la question 17

14. Durant cette période de 2 semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e), sans intérêt pour les choses, fatigué(e) :

- a. Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? ₁ oui ₂ non
- b. Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ? ₁ oui ₂ non
- c. Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ? ₁ oui ₂ non
- d. Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ? ₁ oui ₂ non
- e. Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ? ₁ oui ₂ non
- f. Aviez-vous du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ? ₁ oui ₂ non
- g. Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires, comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ? ₁ oui ₂ non

15. Durant cette même période, si vous en aviez eu la possibilité, auriez-vous aimé :

- voyager ou faire du sport ? ₁ oui ₂ non
- aller au spectacle ? ₁ oui ₂ non
- voir plus souvent des amis, de la famille ? ₁ oui ₂ non
- voir un médecin, un psychologue ou un psychiatre ? ₁ oui ₂ non
- attendre que cela se passe ? ₁ oui ₂ non
- autre ? ₁ oui ₂ non
- précisez.....

16. Cette période a-t-elle fait suite à un événement marquant ? ₁ oui ₂ non

Si oui, lequel ?

Date de l'événement ?

Quelques questions maintenant sur vos habitudes de vie et votre état de santé

17. 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 assez pour mastiquer les aliments sans nécessiter de prothèse dentaire ?
- ₄ perdu toutes ou presque toutes vos dents ?

18. 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
- 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 ?

19. Vous êtes-vous fait poser, au cours des douze derniers mois, une ou plusieurs prothèse(s) dentaire(s) ?

₁ oui ₂ non

Si oui :

20. combien de couronne(s) |__|, de bridge(s) |__|, de dentier(s) |__|,

21. combien avez-vous payé pour l'ensemble de ces prothèses dentaires ?

|__|__|__|__| francs

22. Fumez-vous de façon habituelle ?

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

