|_0_| |___| |_2_|
An Vag Enq

|___|___|___|___|___|___| |___|___|
N° adresse N° individuel

Prénom de la personne : .....

Ce questionnaire concerne l'état de santé de la personne mentionnée ci-dessus. Certaines questions peuvent vous paraître très personnelles. Sachez que les renseignements que vous fournirez seront traités de manière collective et anonyme et qu'ils serviront à décrire l'état de santé de l'ensemble des personnes résidant en France en 2000. Dans la mesure du possible, il serait préférable que chaque personne du foyer remplisse ***elle-même*** *le questionnaire relatif à son état de santé. Si cela n'est pas possible (cas des enfants par exemple), une autre personne du foyer le remplira à sa place. Dans tous les cas, indiquez ci-dessous le prénom de la personne qui remplit le questionnaire :*

Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : .....

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|
jour mois année

QUESTIONNAIRE SANTE

1. Indiquez quel est votre poids : |__|__|__| Kg **et quelle est votre taille** : |__| m |__|__| cm

2. Avez-vous déjà été opéré(e) ? ☐ 1 oui ☐ 2 non

Si oui, précisez les interventions : .....

.....

.....

3. Avez-vous habituellement des difficultés pour vous déplacer ?

☐ 1 oui
☐ 2 non

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

4. Avez-vous habituellement des difficultés pour faire votre toilette ?

☐ 1 oui
☐ 2 non

si oui ⇒
☐ 1 je la fais seul(e)
☐ 2 je la fais avec une aide

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.

5. Quelles maladies, troubles de la santé ou infirmités avez-vous <u>actuellement</u> ?

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			☐ 1 ☐ 2
2. Tension artérielle élevée			☐ 1 ☐ 2
3. Maladie des artères : artérite (ne pas confondre avec l'arthrite qui est une maladie des articulations à noter en 6)			☐ 1 ☐ 2
4. Antécédent d'accident vasculaire cérébral ayant laissé des séquelles : paralysie ou hémiplégie (ou attaque)			☐ 1 ☐ 2
5. Varices, ulcères de jambes			☐ 1 ☐ 2
6. Lumbago, sciatique, arthrose, douleurs des articulations, arthrite aiguë (*indiquer la région douloureuse*), ostéoporose			☐ 1 ☐ 2
7. Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose pulmonaire			☐ 1 ☐ 2
8. Sinusites, otites, angines fréquentes			☐ 1 ☐ 2
9. Maladie de la bouche et des dents : gingivite, déchaussement des dents, caries, saignement des gencives, etc.			☐ 1 ☐ 2
10. Eczéma, acné, psoriasis, mycose, autres maladies de la peau			☐ 1 ☐ 2
11. Maux d'estomac, ulcère d'estomac			☐ 1 ☐ 2
12. Hépatite, cirrhose, calculs biliaires			☐ 1 ☐ 2
13. Troubles de l'intestin, diarrhées, colite, constipation			☐ 1 ☐ 2
14. Calculs urinaires, cystite, maladie des reins			☐ 1 ☐ 2
15. Troubles des règles ou de la ménopause, fibrome donnant des troubles. Maladies de la prostate et de l'appareil génital			☐ 1 ☐ 2
16. Syphilis, blennorragie, trichomonase, autres maladies vénériennes ou sexuellement transmissibles			☐ 1 ☐ 2
17. Diabète, hyper ou hypo thyroïdie, goitre, obésité			☐ 1 ☐ 2
18. Tremblements, parkinson, autres maladies du système nerveux			☐ 1 ☐ 2
19. Migraine, maux de tête fréquents			☐ 1 ☐ 2
20. Myopie, presbytie, strabisme, glaucome, cataracte			☐ 1 ☐ 2
21. Troubles de l'audition : baisse de l'audition progressive ou perte de l'audition (uni ou bilatérale, totale ou partielle ?)			☐ 1 ☐ 2
22. **Infirmité, handicap de naissance** : cécité, surdité, luxation congénitale de la hanche, trisomie, débilité, etc.			☐ 1 ☐ 2
23. **Handicap acquis** : amputation, hernie (*précisez où*), incontinence (urinaire ou fécale), handicap mental			☐ 1 ☐ 2
24. Troubles du sommeil			☐ 1 ☐ 2
25. Dépression, états dépressifs fréquents, autres troubles psychiques			☐ 1 ☐ 2
26. Tumeurs bénignes, malignes, cancers (*précisez où*), leucémie			☐ 1 ☐ 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...			☐ 1 ☐ 2

6. Souffrez-vous fréquemment de douleurs ?

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

Si vous souffrez de douleurs : ⇒ depuis combien d'années en souffrez-vous ? .....

⇒ pouvez-vous en préciser la cause : .....

7. 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) ..... |__|__|

8. Pensez-vous que votre propre état de santé s'est modifié depuis un an ?

☐ 1 oui, il s'est amélioré ☐ 2 oui, il s'est détérioré ☐ 3 non, il ne s'est pas modifié

Quelques questions maintenant sur votre état dentaire et le port de prothèses

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 assez pour mastiquer les aliments sans nécessiter de prothèse dentaire ? (ne pas prendre en compte la perte des dents de sagesse)
☐ 4 perdu toutes ou presque toutes vos dents ?

10. Diriez-vous que votre état dentaire est :

☐ 1 très bon ☐ 2 bon ☐ 3 mauvais ☐ 4 très mauvais

11. Portez-vous ?

des lunettes ou des lentilles.....	☐ 1 oui	☐ 2 non
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**, précisez la nature du trouble visuel :*
.....

***Si oui**, laquelle ? .....*

12. Vous êtes-vous fait poser, au cours des 12 derniers mois, une ou plusieurs prothèse(s) dentaire(s) ?

☐ 1 oui ☐ 2 non

Si oui, combien de couronne(s) |___|, de bridge(s) |___|, de dentier(s) |___| ?

Combien avez-vous payé pour l'ensemble de ces prothèses dentaires ? .....|___|___|___|___|___| francs

Quelques questions sur votre de vie quotidienne

13. Fumez-vous de façon habituelle ?

☐ 1 **oui** ⇒ Combien fumez-vous 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 ? ..... |__|__|

14. Avez-vous un médecin généraliste habituel ?

☐ 1 oui ☐ 2 non

Si oui, depuis combien d'années ? |___|___|

15. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été victime d'un ou plusieurs accidents de la vie courante ayant entraîné le recours à un professionnel de santé (tel qu'un médecin, un pharmacien, une infirmière, un kinésithérapeute...) ?

☐ 1 oui ☐ 2 non, *allez à la question 16*

Si oui :

combien y a-t-il eu d'accidents au cours des 3 derniers mois ? |___|___|

décrivez la blessure due au dernier accident (brûlure, coupure, fracture, ...) .....

cet accident a eu lieu ? ☐ 1 au domicile ☐ 2 à l'école ☐ 3 au cours d'une activité sportive ☐ 4 sur un lieu de loisirs ☐ 5 autre

à quels soins avez-vous eu recours pour ce dernier accident :

soins de médecins ?	☐ 1 oui	☐ 2 non
soins infirmiers ou de kinésithérapie ?	☐ 1 oui	☐ 2 non
achats en pharmacie ?.....	☐ 1 oui	☐ 2 non
passage aux urgences d'un hôpital ?	☐ 1 oui	☐ 2 non
hospitalisation ?	☐ 1 oui	☐ 2 non
autres, précisez _	☐ 1 oui	☐ 2 non

Les accidents de la vie courante ne comprennent pas les accidents de la circulation, ni ceux du travail, ni les agressions.

Quelques questions maintenant sur votre consommation de soins

16. Au cours des dernières 24 heures, c'est-à-dire depuis hier à la même heure, avez-vous consommé des médicaments (sans oublier *les pilules et autres contraceptifs, les somnifères, les anti-douleurs, les médicaments injectés (vaccins) ...)* ?

☐ 1 oui ☐ 2 non

17 . Si oui, donnez le nom précis de ces médicaments (y compris leur dosage), leur forme et la quantité contenue dans une boîte ; indiquez si ce médicament a été prescrit ainsi que la quantité consommée pendant les dernières 24 heures**.**

Nom du produit (y compris le dosage)	**Forme et quantité contenue dans une boîte**	**A-t-il été prescrit, c'est-à-dire obtenu avec une ordonnance ?**		**Quantité consommée depuis hier à la même heure**
		OUI	**NON**	
exemple : *TILDIEM 300mg, ASPRO 500mg, etc.*	*exemple :* *25 comprimés, 100ml, 15 suppositoires, etc.*	*exemple :* ☒ 1	☐ 2	*exemple :* *1 mesure, 3 comprimés, 3 cuillères à café, etc.*
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	
		☐ 1	☐ 2	

18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu à plusieurs reprises, pour le même motif, des soins dispensés par :

une infirmière ? ☐ 1 oui ☐ 2 non

si oui, pour quel motif ? .....

un kinésithérapeute ? ☐ 1 oui ☐ 2 non

si oui, pour quel motif ? .....

19. Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé chez le dentiste à titre préventif, c'est-à-dire sans avoir mal aux dents mais simplement pour vérifier votre état dentaire ?

☐ 1 oui ☐ 2 non

Quelques questions pour les femmes de 16 ans et plus

20. Etes-vous enceinte actuellement ?..... ☐ 1 oui ☐ 2 non

21. De quelle année date votre dernier examen gynécologique ? ..... |__|__|__|__|

22. Cet examen a-t-il été pratiqué ?

☐ 1 par un généraliste ☐ 2 par un gynécologue/obstétricien ☐ 3 par un autre médecin, *précisez sa spécialité* .....

23. 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..... |__|__|__|__|