

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. 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

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 (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 pourquoi.....
- 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. AVEZ-VOUS EU RECOURS POUR DES PROBLEMES DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS A UNE PERSONNE QUI N'EST PAS MEDECIN (par exemple un guérisseur, un rebouteux, un chiroprateur, un naturopathe ou autre..)

1 oui Si oui, précisez..... 2 non

11. SI OUI, POUR QUELS PROBLEMES DE SANTE ?

12. POUVEZ-VOUS NOTER VOTRE ETAT DE SANTE ENTRE 0 ET 10 ? |__|__|
(0 en très mauvaise santé - 10 en excellente santé)

13. 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

14. PAR JOUR, COMBIEN BUVEZ-VOUS DE VERRES DE ? vin |__|__| bière ou cidre |__|__| digestif ou apéritif |__|__|