

QUESTIONNAIRE SANTE INCLUSION HOMME (2012)

Rubriques du questionnaire

Introduction
Cardiovasculaire
Cancer
Hospitalisations cancer
Autres maladies
Soins
Antécédents familiaux
Antécédents familiaux (suite)
Pression artérielle
Handicap

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes, diagnostiquées par un médecin ?

- Infarctus du myocarde
- Syndrome coronaire aigu sans nécrose
- Angioplastie ou revascularisation myocardique (stent, pontage...)
- Accident vasculaire cérébral (attaque, hémorragie ou congestion cérébrale...)
- Accident ischémique transitoire

Les autres événements cardiovasculaires seront à déclarer dans «Autres maladies»

◀ Précédent | Suite ▶

Rubriques du questionnaire

Introduction

Cardiovasculaire

 Cancer

Hospitalisations

 cancer

Autres maladies

 Soins

 Antécédents familiaux

 Antécédents familiaux (suite)

 Pression artérielle

 Handicap

Avez-vous et/ou êtes-vous traité pour un ou plusieurs des problèmes de santé suivants ?

	Si oui, cochez cette case	Année du diagnostic	Si vous prenez des médicaments pour cette maladie, cochez cette case
Autres maladies cardiovasculaires, facteurs de risques cardio-vasculaires et maladies métaboliques			
Angor, angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite, sténose artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète de type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète de type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Goutte, hyper-uricémie (acide urique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hémochromatose	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies endocriniennes			
Adénome hypophysaire, excès de prolactine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Nodule(s) thyroïdien(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroïdectomie (ablation de la thyroïde partielle ou totale)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Goitre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies para thyroïdiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies des surrénales	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes circulatoires			
Insuffisance veineuse, problèmes circulatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Raynaud	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies ou problèmes concernant les os et articulations

Arthrose, rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Mal au dos, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbago...	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie discale, sciatique, cruralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Périarthrite, épicondylite, capsulite, tendinite, canal carpien...	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose, ostéopénie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture du poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture de la hanche (col du fémur)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture d'une vertèbre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Entorses, luxations et autres fractures	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies ou problèmes neurologiques et psychologiques

Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées, maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Néuralgies	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble bipolaire, syndrome maniaco-dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété, troubles anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil, syndrome des jambes sans repos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanie, spasmodiphilie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement alimentaire, anorexie, boulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Addictions (alcool...)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

