

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 déjà eu un cancer diagnostiqué par un médecin ?

Oui Non

Si oui lequel ou lesquels ?

- Lèvre, bouche, pharynx
- Œsophage
- Estomac
- Pancréas
- Foie ou vésicule biliaire
- Colon, rectum, anus
- Larynx
- Poumon, bronches ou plèvre
- Sein
- Prostate
- Rein
- Vessie
- Peau (mélanome, cancer spinocellulaire...)
- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie
- Thyroïde
- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome malin hodgkinien
- Autre cancer

Précisez en clair :

[◀ 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 respiratoires

| | | | |
|---|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Bronchite chronique, broncho-pneumopathie obstructive (BPCO), emphysème | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuffisance respiratoire | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dilatation des bronches (DDB) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apnée du sommeil (diagnostiquée par un médecin) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pneumothorax | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si oui,
cochez
cette
case****Année du
diagnostic****Si vous
prenez des
médicaments
pour cette
maladie,
cochez cette
case****Maladies ou problèmes digestifs**

| | | | |
|---|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Polypes, diverticules (intestin, colon, rectum) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ulcère gastro-duodéal, gastrite | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reflux gastro-œsophagien, achalasie, hernie hiatale | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Côlon irritable, colopathie fonctionnelle, constipation | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rectocolite hémorragique (RCH) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie cœliaque (intolérance au gluten) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hémorroïdes | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hépatites | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirrhose du foie, maladie chronique du foie | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lithiase biliaire (calculs dans la vésicule), cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gastro, gastro-entérite | <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"/> |

| | | Si oui, cochez cette case | Année du diagnostic | Si vous prenez des médicaments pour cette maladie, cochez cette case |
|----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------|--|
| Allergies | Allergie alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Allergie aux médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Allergie respiratoire (rhinite, sinusite, bronchite...) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Allergie cutanée ou des muqueuses (conjonctivite) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies génito-urinaires | Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Incontinence urinaire, fuites urinaires | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Lithiase rénale, calculs rénaux, coliques néphrétiques | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Adénome de la prostate, hypertrophie bénigne de la prostate avec ou sans intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Infertilité | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies de peau | Acné | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Eczéma | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Urticaire | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Psoriasis | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies des yeux | Dégénérescence maculaire, DMLA | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Glaucome et/ou hypertension oculaire | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Cataracte | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Décollement de la rétine, décollement du vitré | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladies ORL | Acouphènes | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Vertiges, maladie de Menière | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Surdité, troubles auditifs | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

Maladies hématologiques et de système

Anémie, anémie de Biermer

Lupus érythémateux

Sarcoïdose (BBS), maladie de Behçet, syndrome de Gougerot Sjögren, sclérodermie

Maladies infectieuses

Infection respiratoire aiguë, bronchite, pneumonie

Infection ORL, angine, sinusite, rhinopharyngite, otite

Infection urinaire et/ou rénale aiguë, cystite, pyélonéphrite

Infection génitale, salpingite, prostatique, bartholinite...

Grippe, syndrome grippal

Tuberculose, primo infection tuberculeuse

Mononucléose infectieuse

Mycose, candidose, lichen

Zona

Paludisme

Sida, VIH

Papillomavirus

Herpès (cutané, génital)

Autre (vous pouvez saisir plusieurs maladies en les séparant par une virgule)

Je n'ai aucun de ces problèmes de santé



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

Pouvez-vous nous préciser les coordonnées des médecins qui vous suivent régulièrement ?

Cardiologue

Nom

Adresse

Ville

Code postal

Tél

(XXXXXXXXXX)

Neurologue

Cancérologue

Prenez-vous actuellement des médicaments (incluant somnifères, contraceptifs oraux, patchs...)?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer lesquels ?

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus. Cliquez ensuite sur "Ajouter" pour l'ajouter à votre liste de médicaments (à droite).

Attention aux différents dosages et à l'orthographe! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Médicament ou substance :

Ajouter

Effacer

Effacer

Vider

Vous arrive-t-il de prendre des compléments alimentaires, prescrits ou non par un médecin (vitamines, minéraux, oligo-éléments, extraits de plantes, acides gras essentiels type oméga 3, etc., sous forme de pilules, comprimés, gélules, sachet de poudre, sirop, etc.) ?

Oui Non

En prenez-vous ?

Tous les jours de l'année ou presque

Plusieurs semaines dans l'année en cumulé (sous forme de cures ou non)

De temps en temps, de manière très irrégulière

◀ Précédent | Suite ▶

Rubriques du questionnaire

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

Combien avez-vous de frères et soeurs biologiques (y compris demi-frère ou demi-soeur) ? frère(s)

soeur(s)

Vos parents, vos frères ou soeurs directs (ou « biologiques ») ont-ils souffert des problèmes de santé suivants ?

| | Père | Mère | L'un de vos frères | L'une de vos soeurs | Je ne sais pas |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Infarctus du myocarde | <input type="checkbox"/> |
| Angine de Poitrine ou Angor (douleur ou gêne dans la poitrine) | <input type="checkbox"/> |
| Accident vasculaire cérébral (attaque, hémorragie ou congestion cérébrale...) | <input type="checkbox"/> |
| Artérite des membres inférieurs | <input type="checkbox"/> |
| Diabète | <input type="checkbox"/> |
| Hypercholestérolémie | <input type="checkbox"/> |
| Hypertension artérielle | <input type="checkbox"/> |
| Cancer | <input type="checkbox"/> |
| Ostéoporose | <input type="checkbox"/> |
| Dégénérescence Maculaire liée à l'Age (DMLA) | <input type="checkbox"/> |
| Maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> |
| Démence sénile ou autre | <input type="checkbox"/> |
| Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> |
| Sclérose en plaque | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> |
| Anxiété, troubles anxieux | <input type="checkbox"/> |
| Dépression | <input type="checkbox"/> |
| Obésité | <input type="checkbox"/> |
| Hypothyroïdie | <input type="checkbox"/> |
| Hyperthyroïdie | <input type="checkbox"/> |
| Autre (vous pouvez saisir plusieurs maladies en les séparant par une virgule) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| | Père | Mère | L'un de vos frères | L'une de vos soeurs | |

Rubriques du questionnaire

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

Parmi ces mêmes personnes de votre famille, certaines sont peut-être décédées : pouvez-vous nous le préciser ?

| Père | Mère | Je ne sais pas | Aucune |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pouvez-vous préciser l'année de leur décès et l'âge auquel ils/elles sont décédés(es) ?

| | Année de son décès | Je ne sais pas | Age au moment de son décès | Je ne sais pas |
|------|----------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Père | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> ans | <input type="checkbox"/> |
| Mère | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> ans | <input type="checkbox"/> |

Quelle a été la cause du décès ?

| | Cardiaque | Attaque cérébrale | Cancer | Accident | Autre | Je ne sais pas |
|------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Père | <input type="radio"/> |
| Mère | <input type="radio"/> |

◀ Précédent | Suite ▶

Rubriques du questionnaire

Introduction

Cardiovasculaire

Cancer

Hospitalisations cancer

Autres maladies

Soins

Antécédents familiaux

Antécédents familiaux (suite)

Pression artérielle

Handicap

Rencontrez-vous actuellement des difficultés, infirmités ou handicaps qui limitent vos activités dans la vie de tous les jours ?

Oui Non

Quelle est la nature de ces difficultés, infirmités ou handicaps ?

Déficience motrice (paraplégie, tétraplégie, hémiplégie, amputation, paralysie, fracture)

Déficience visuelle (cécité, troubles de la vue)

Déficience auditive (surdité)

Déficience du langage ou de la parole (mutisme, aphasie)

Autres, précisez en clair

Ces difficultés sont-elles :

Permanentes Temporaires

Vous a-t-on reconnu un taux d'incapacité ou d'invalidité ? (accordé par la Sécurité sociale, les COTOREP, CDAPH ou CDES (Commission Départementale d'Education Spéciale), l'armée, les sociétés d'assurance...)

Oui Non

Avez-vous une carte d'invalidité ? (Plusieurs réponses possibles)

Oui, j'ai la carte d'invalidité (couleur orange)

Oui j'ai la carte « station debout pénible » (couleur verte)

Oui j'ai la carte nationale de priorité des invalides du travail (barrée de bleu ou de rouge)

Oui, j'ai la carte de pensionné militaire d'invalidité (barrée de bleu ou de rouge)

Non, je n'ai pas de carte d'invalidité

[◀ Précédent](#) | [📄 Enregistrer en brouillon](#) | [📄 Valider définitivement](#)