



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

## POURQUOI REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

Ce questionnaire permet de mieux connaître votre état de santé.

**Vos réponses sont strictement confidentielles.** Les professionnels du Centre d'examens de santé habilités à y accéder sont tenus au secret professionnel.

## COMMENT REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ?

- Pour la plupart des questions, vous trouverez des cases du type « ☐ ». Pour répondre, il suffit de cocher ces cases.  
Exemple : Mme ☐ M. ☒
- Sauf indication contraire, vous ne devez cocher qu'une seule case, celle qui vous semble le mieux correspondre à votre situation.

Il faut environ une dizaine de minutes pour compléter ce questionnaire. En cas de besoin, n'hésitez pas à demander l'aide du personnel du Centre.

Ce questionnaire et chacune des questions qu'il contient ont un caractère facultatif. Il est sans incidence sur le bénéfice de l'Examen de prévention en santé. Nous vous remercions de bien vouloir le remplir car vos réponses nous permettent de personnaliser **votre Examen de prévention en santé.**

## A QUI REMETTRE CE QUESTIONNAIRE ?

**UNE FOIS REMPLI PAR VOS SOINS LE QUESTIONNAIRE EST REMIS EN MAINS PROPRES OU SOUS PLI CONFIDENTIEL AU PERSONNEL DU CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ.**



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

## 1. LES QUESTIONS SOCIO-ADMINISTRATIVES

## 1.1 MIEUX VOUS CONNAÎTRE

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom ..... Nom marital .....

Prénom .....

Date de naissance (JJ/MM/AA) : ..... / ..... / .....

Adresse : N° ..... Complément (Bis, Ter...) .....

Type de voie (rue, Bd, Av...) .....

Nom de la voie .....

Complément d'adresse (App, Bât, Etage...) .....

Code postal ..... Commune .....

N° Tél. (portable de préférence) : .....

Courriel électronique : .....@.....

## 1.2 VOTRE COUVERTURE SOCIALE

Etes-vous ? ..... ☐ Assuré(e) ☐ Ayant droit ☐ En cours d'affiliation

Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, est-ce au titre :  
de l'ALD (Affection Longue Durée) : ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas  
de l'invalidité : ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous une complémentaire santé ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, actuellement, bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire :  
SANS participation financière ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas  
AVEC participation financière ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI NON, souhaitez-vous obtenir une information sur la Complémentaire Santé Solidaire ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

## 1.3 VOTRE PARCOURS DE SOINS

Avez-vous un médecin traitant ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, l'avez-vous déclaré ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

## 1.4 VOTRE CONNAISSANCE DE L'EXAMEN DE SANTE

Avez-vous déjà bénéficié d'un Examen de Santé ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, en quelle année ? .....

> SI vous êtes venu(e) spontanément, comment avez-vous eu connaissance du CES ? .....

## 1.5 VOTRE ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

Rencontrez-vous parfois un travailleur social (Assistante sociale, Educateur...) ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Vivez-vous en couple ? ..... ☐ Oui ☐ Non

> SI NON, êtes-vous : ☐ Divorcé(e)/Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

Si vous avez de jeunes enfants êtes-vous seul(e) à élever vos enfants ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Assumez-vous un rôle d'aidant pour une personne âgée, handicapée, malade ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous allé(e) au spectacle au cours des 12 derniers mois ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ? ..... ☐ Oui ☐ Non

En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? ..... ☐ Oui ☐ Non

En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? ..... ☐ Oui ☐ Non

## 1.6 VOS ETUDES

Quel est votre niveau d'études ?

- ☐ Ne sais pas lire ou écrire  
☐ Sans diplôme  
☐ Certificat d'études primaires seul  
☐ BEPC, brevet des collèges  
☐ CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage  
☐ Baccalauréat enseignement général, professionnel, brevet de technicien  
☐ Diplôme du 1<sup>er</sup> cycle universitaire, DUT, BTS, DEUG  
☐ Diplôme équivalent au moins au 2<sup>e</sup> cycle universitaire (Licence, Master, école d'ingénieur...)

## 1.7 VOTRE VIE PROFESSIONNELLE

Avez-vous une activité professionnelle rémunérée ? ..... ☐ Oui ☐ Non

> SI OUI, laquelle ? .....

> Sous quelle forme ?  
☐ En contrat à durée indéterminée (CDI)  
☐ En contrat à durée déterminée (CDD, saisonnier, ou intérimaire)  
☐ Travailleur indépendant  
☐ En contrat aidé  
☐ Stagiaire  
☐ Autre, précisez : .....

> S'agit-il d'un emploi :  
☐ A temps complet ☐ A temps partiel à votre convenance  
☐ A temps partiel par obligation

> Travaillez-vous : ..... ☐ De jour ☐ De nuit ☐ En poste

> Êtes-vous exposé(e) de façon importante au bruit dans votre environnement personnel et/ou professionnel ? ..... ☐ Oui ☐ Non

> Êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) régulièrement à des poussières, fumées ou vapeurs chimiques ? ..... ☐ Oui ☐ Non

## 2. LES QUESTIONS MEDICALES

### 2.1 VOTRE SUIVI MEDICAL

Quand avez-vous consulté pour la dernière fois votre médecin traitant ?

Pour quelle raison : .....

Quand avez-vous consulté pour la dernière fois un dentiste ?

Pour quelle raison : ..... ☐ Urgence ☐ Soins dentaires ☐ Contrôle

Avez-vous eu un contrôle de votre vue au cours des 2 dernières années ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu un test de l'audition au cours des 2 dernières années ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu une mesure de votre souffle au cours des 2 dernières années ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal depuis moins de 2 ans ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous passé une coloscopie au cours des 5 dernières années ? ..... ☐ Oui ☐ Non

 **À quand remonte votre dernière consultation pour des raisons de contraception ou gynécologiques ?** .....

 **Avez-vous réalisé une mammographie de dépistage depuis moins de 2 ans ?** ..... ☐ Oui ☐ Non

 **Avez-vous eu un frottis de dépistage du col de l'utérus depuis moins de 3 ans ?** ..... ☐ Oui ☐ Non

### 2.2 VOS MODALITES DE VIE

Etes-vous né(e) en France ? ..... ☐ Oui ☐ Non

> SI NON, depuis combien de temps êtes-vous en France ou en Europe ?

> SI NON, quel est votre pays d'origine ?

Habitez-vous avec une personne porteuse d'une hépatite B ou C, ou VIH ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu une transfusion de sang ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu un test de dépistage ?  
☐ VIH ☐ De l'hépatite B ☐ De l'hépatite C

Avez-vous déjà eu un piercing ou un tatouage ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous fumeur de tabac (quelle que soit sa forme) ? ... ☐ Oui ☐ Non

> SI NON, avez-vous déjà fumé ? ..... ☐ Oui ☐ Non

> SI OUI, pendant combien de temps ? .....

Et depuis combien de temps avez-vous arrêté ? .....

Avez-vous fumé du cannabis au cours des 12 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà pris d'autres drogues ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Consommez-vous du vin, de la bière, du cidre ou toute autre boisson alcoolisée même occasionnellement ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Alimentation : suivez-vous un régime particulier ? ..... ☐ Oui ☐ Non

### 2.3 VOS ANTECEDENTS FAMILIAUX

*Est-ce que vos père, mère, frère(s) et/ou sœur(s) ont déjà eu l'une des maladies suivantes ?*

Infarctus du myocarde ou une mort subite :

> chez votre père ou frère avant 55 ans : ... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> chez votre mère ou sœur avant 65 ans : ... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Accident vasculaire cérébral

avant l'âge de 45 ans ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Hypertension artérielle ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Diabète ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Dépression ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Un cancer du côlon ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, précisez à quel âge : .....

Un cancer du sein ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, précisez à quel âge : .....

Autres cancers ou

autres maladies (notamment maladie génétique) ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, qui et lesquels ? .....

### 2.4 VOS ANTECEDENTS PERSONNELS

Avez-vous eu une maladie du cœur

ou des vaisseaux sanguins ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous déjà eu des pertes de connais-

sance, des syncopes ou des convulsions ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu à plusieurs reprises

une tension artérielle élevée ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu un infarctus du myocarde ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu une des affections suivantes :

Un cancer du côlon ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Un cancer du sein ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Un cancer de la peau ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu d'autres cancers ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, lesquels ? .....

Avez-vous eu une hépatite ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, laquelle ? (A, B, C ou autres) ? .....

Avez-vous eu une infection sexuellement

transmissible ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu des polypes de l'intestin ? ... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Vous a-t-on détecté dans le sang un taux anormal de :

Sucre (glucose) ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Cholestérol ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Triglycérides ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous déjà été traité(e)

pour une dépression ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous été exposé(e)

à des situations de violence ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous déjà dû interrompre vos études

ou votre activité professionnelle pendant

plus de 6 mois pour des raisons de santé ? ... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas



### LORS DE VOTRE(VOS) GROSSESSE(S) VOUS A-T-ON DIAGNOSTIQUÉ :

Un diabète ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Une hypertension artérielle ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu des enfants dont le poids de naissance est > 4 kg ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas



### INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Avez-vous eu une intervention sur l'utérus ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, « totale » ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu une intervention chirurgicale ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, laquelle ? .....

## 2.5 VOTRE ETAT DE SANTE ACTUEL

Avez-vous une hypertension artérielle ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous une insuffisance coronarienne ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous de l'artérite ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous des douleurs dans les jambes ou dans les mollets à l'effort ou lors de la marche ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous un asthme ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Toussez-vous souvent (tous les jours) ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Etes-vous plus facilement essoufflé(e) que les personnes de votre âge ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous une bronchite chronique de type BPCO ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous des pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil, constatés par l'entourage ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu une prise de poids importante dans les 12 derniers mois ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous eu une perte de poids importante dans les 12 derniers mois ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous un diabète ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous un problème thyroïdien ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, lequel ? .....

Etes-vous traité(e) actuellement pour dépression ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous d'autres troubles psychiques ? .....

Avez-vous des boutons ou croûtes qui ne guérissent pas, ou un changement d'aspect d'un grain de beauté ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

Avez-vous d'autres maladies ou problèmes de santé ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

> SI OUI, précisez ? .....



Êtes-vous enceinte ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas



Si vous êtes ménopausée, vous arrive-t-il d'avoir des saignements gynécologiques ? ..... ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

## 2.6 VOTRE TRAITEMENT

Prenez-vous tous les jours des médicaments ? ..... ☐ Oui ☐ Non

> SI OUI, notez le nom des différents médicaments que vous prenez tous les jours ou presque : .....

Avez-vous des difficultés à les prendre ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous une contraception orale ? ..... ☐ Oui ☐ Non

> SI OUI, laquelle ? .....

> SI NON, utilisez-vous une autre contraception ? ..... ☐ Oui ☐ Non

> SI OUI, précisez : .....

Quelle a été votre dernière vaccination ? .....

A quelle date ? .....  
(si vous avez votre carnet de vaccination, merci de l'apporter)

Note de santé perçue : veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez (0 pour mauvais, 10 pour bon) : .....

Aujourd'hui, y a-t-il une question qui vous préoccupe ? .....

DATE :

SIGNATURE :

L'Assurance maladie propose à ses assurés la réalisation de l'examen de prévention en santé et son suivi en centre d'exams de santé. Cet examen implique un traitement de données à caractère personnel vous concernant, dont la mise en œuvre est nécessaire au respect d'une mission d'intérêt public. Les données nécessaires au traitement de votre dossier sont transmises aux professionnels intervenant dans votre examen. Sauf opposition de votre part, vos données pourront être utilisées à des fins d'évaluation du service par l'Assurance Maladie ou par ses prestataires. Elles sont conservées au maximum vingt ans, à compter de votre dernière venue au centre, puis sont détruites.

Vous êtes également informé que l'hébergement de ces données est assuré par une société française certifiée pour l'hébergement de données de santé qui garantit la sécurité ainsi que la confidentialité de l'ensemble de vos données.

Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent sur demande écrite auprès du Directeur de votre organisme de rattachement ou de son (sa) Délégué(e) à la Protection des Données. En cas de difficultés dans la mise en œuvre des droits énoncés ci-dessus, vous pouvez introduire une réclamation auprès de l'autorité indépendante en charge du respect de la protection des données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.