



## Prendre soin de soi est important

C'est pourquoi entre 45 et 50 ans, il est recommandé de faire le point sur sa santé avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme ou pharmacien). Ce Bilan Prévention, recommandé, est totalement pris en charge par l'assurance maladie.

**Répondez dès à présent au questionnaire ci-dessous afin de préparer votre Bilan Prévention.** *Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions ci-dessous, certaines pourront être abordées directement avec le professionnel de santé si vous le souhaitez.*

### Situation personnelle, environnement social et familial

**Q1 - Vous êtes :**

Une femme                      Un homme  
Aucune

**Q2 - Avez-vous un ou plusieurs enfants à la maison ?**

Oui                      Non

**Q3 - Si oui, les élevez-vous seul(e) ?**

Oui                      Non

**Q4 - Assumez-vous un rôle d'aidant ?**

**Aidez-vous une personne de manière régulière et fréquente, en raison de son âge, de la maladie ou d'une situation de handicap ?**

Oui                      Non

**Q5 - En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?**

Oui                      Non

**Q6 - Vos conditions de vie et/ou de travail sont-elles difficiles/pénibles ?**

Oui                      Non

### Vos antécédents personnels et familiaux

**Q7 - Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ou facteurs de risques ?**

Hypertension artérielle, diabète, cholestérol sanguin élevé

Maladies cardiovasculaires (infarctus, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, AVC...)

Cancers

Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, BPCO)

Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique)

Autre(s) maladie(s) :

Aucune

**Q8 - À quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?**

Moins de 6 mois

Plus de 6 mois

*Merci d'en rapporter les résultats, si possible, lors de votre Bilan Prévention.*

**Q9 - Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ?**

*Exemple: diabète, hypertension artérielle, cancer, infarctus, mort subite, hypercholestérolémie familiale, fracture du col du fémur, ...*

Oui                      Non                      Je ne sais pas

### Votre état de santé actuel

**Q10 - Suivez-vous actuellement un traitement ?**

Oui                      Non

*Si oui, merci d'apporter, si possible, vos ordonnances lors de votre Bilan Prévention.*

**Q11 - Taille :**                      m

**Q12 - Poids :**                      kg



**Q13 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?**

Oui, un amaigrissement

Oui, une prise de poids

Non

**Q14 - Avez-vous observé des gonflements importants et/ou inhabituels de vos chevilles ou de vos jambes ?**

Oui Non

**Q15 - Toussez-vous souvent (tous les jours) ?**

Oui Non

**Q16 - Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?**

Oui Non

**Q17 - Êtes-vous plus facilement essoufflé(e) que les personnes de votre âge ?**

Oui Non

**Q18 - Faites-vous des pauses respiratoires ou des ronflements importants lors de votre sommeil, notamment constatés par votre entourage ?**

Oui Non Je ne sais pas

**Q19 - Souhaitez-vous aborder lors de votre Bilan Prévention les symptômes de ménopause (bouffées de chaleur, problèmes de sommeil, sécheresse vaginale, troubles urinaires, fatigue, anxiété, irritabilité) ?**

Oui Non

Je suis déjà ménopausée

Non concerné(e)

**Q20 - Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?**

Oui Non

**Q21 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...) ?**

Oui Non

**Q22 - Avez-vous l'impression d'entendre moins bien et/ou votre entourage a-t-il l'impression que votre audition a baissé ?**

Oui Non

**Q23 - Avez-vous eu, durant les 12 derniers mois, des problèmes (courbatures, douleur, inconfort) au niveau du cou, du dos, des épaules ou des mains qui impactent votre vie quotidienne ?**

Oui Non

## Activité physique, sédentarité et alimentation

**Q24 - Combien de fois par semaine faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques au cours d'une journée (marche, ménage, jogging, vélo, activité physique liée à votre profession, autre activité sportive, ...) ?**

Jamais

1 à 2 fois par semaine

3 à 4 fois par semaine

5 à 7 fois par semaine

**Q25 - Concernant votre consommation de fruits et légumes, vous en mangez :**

Au moins 5 portions par jour

Entre 1 et 4 portions par jour

De temps en temps

Rarement

Jamais

**Q26 - À quelle fréquence consommez-vous des aliments gras/sucrés/salés (exemple : charcuterie, soda, bonbons, pâtisseries, chips, fast-food, glaces) ?**

Plusieurs fois par jour

Plusieurs fois par semaine

Une fois par semaine

Une fois par mois

Jamais



**Q27 - Combien de temps par jour passez-vous assis(e) ou allongé(e) hors période de sommeil ?**

- Moins de 2 heures
- Entre 2 et 4 heures
- Entre 4 et 7 heures
- Plus de 7 heures
- Je ne sais pas

**Q28 - Combien de temps par jour passez-vous devant un écran en dehors du travail (téléphone portable, télévision, ordinateur) ?**

- Moins d'une heure
- Entre 1 heure et 2 heures
- Entre 2 et 4 heures
- Plus de 4 heures
- Je ne sais pas

### Vaccins, dépistages et santé sexuelle

**Q29 - Êtes-vous à jour de vos vaccins et rappels de vaccins ?**

*Merci de rapporter, si possible, votre carnet de vaccinations lors de votre Bilan Prévention.*

- Oui          Non          Je ne sais pas

**Q30 - Avez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal et/ou une mammographie de dépistage du cancer du sein ?**

*Si oui, merci de rapporter si possible, les résultats de ces dépistages lors de votre Bilan Prévention.*

- Oui          Non          Je ne sais pas

**Q31 - Avez-vous réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?**

*Si oui, merci de rapporter les résultats du prélèvement.*

- Oui, il y a moins de 5 ans
- Oui, il y a plus de 5 ans
- Non, jamais
- Je ne sais pas

**Q32 - Êtes-vous dans l'une des situations suivantes (possibilité de cocher plusieurs réponses) ?**

- Plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois
- Souhait d'arrêter le préservatif avec mon nouveau (ou ma nouvelle) partenaire
- Mon(ma) partenaire sexuel(le) a eu un (ou plusieurs) diagnostic(s) d'infection sexuellement transmissible (VIH, chlamydia, gonocoque, syphilis...) dans les 12 derniers mois
- Rapports sexuels ces 12 derniers mois, mais non concerné(e) par une de ces trois situations ci-dessus
- Non concerné(e)

### Conduites addictives, consommation de boissons alcoolisées, tabac et autres substances

**Q33 - Au cours de l'année écoulée, concernant votre consommation de boissons alcoolisées :**

- Vous buvez plus de 2 verres standards par jour
- Vous buvez plus de 10 verres standards par semaine
- Vous ne buvez pas de boissons alcoolisées au moins 2 jours dans la semaine

**Q34 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?**

- Oui, je fume          Oui, je vapote  
Non                      J'ai arrêté

**Q35 - Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?**

- Moins d'un an
- Entre 1 an et 5 ans
- Plus de 5 ans



**Q36 - Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ? Cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint ou shit) ou d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne etc.) ?**

- Oui, du cannabis
- Oui, d'autres drogues
- Non

**Q37 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous misé de l'argent pour un jeu (loterie, poker, ...), un pari (sportif, hippique, ...) ?**

- Oui, souvent
- Oui, de temps en temps
- Oui, rarement
- Non

### Santé et bien-être mental, violences

**Q38 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?**

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non
- Vous prenez des somnifères

**Q39 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :**

- Moins de 6h par nuit
- Entre 6h et 10h par nuit
- 10h ou plus par nuit

**Q40 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ?**

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de sept jours
- Presque tous les jours

**Q41 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes ?**

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de sept jours
- Presque tous les jours

**Q42 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?**

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de sept jours
- Presque tous les jours

**Q43 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé un sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir ?**

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de sept jours
- Presque tous les jours

**Q44 - Avez-vous déjà eu des idées noires/ suicidaires ou fais une tentative(s) de suicide ?**

- Oui, des idées noires/suicidaires
- Oui, une ou des tentative(s) de suicide
- Non

**Q45 - Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (menaces, chantage, humiliations, coups, mutilations...), harcèlements, discrimination, ... ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas



### Précisions complémentaires concernant votre santé

**Q46 - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?**

Améliorer mon alimentation et bouger plus

Réduire ou arrêter ma consommation de tabac

Réduire ou arrêter ma consommation d'alcool

Améliorer mon bien-être mental, réduire mon stress ou mon anxiété

Mieux connaître / comprendre la ménopause et mieux prévenir certains de ses effets

Passer moins de temps devant un écran ou mon téléphone

Mieux m'informer sur les dépistages concernant ma tranche d'âge

**Q46 bis - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?**



## Les bons conseils pour prendre soin de soi



### Bouger davantage

30 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée.

[50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus](#)



### Manger sainement

Fruits et légumes ; moins de gras, de sel et de sucres ; poissons 2 fois par semaine ; produits frais cuisinés à la maison...

[50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus](#)



### Réduire son stress

Respirer, en parler à ses proches, lister mes besoins, prioriser...

[Santé Mentale Info](#)



### Préserver sa santé mentale

La santé mentale est indispensable à votre bien-être.

[Santé Mentale Info](#)



### Arrêter le tabac

Utiliser des substituts nicotiniques et se faire aider par un professionnel de santé.

Besoin de soutien ? [Tabac Info Service](#)



### Maîtriser l'alcool

2 verres par jour, soit 10 par semaine, au maximum avec 2 jours sans alcool.

Besoin de soutien ? [Alcool Info Service](#)



### Bien dormir

Se coucher et se lever à heure fixe, réserver la chambre au sommeil, éviter les écrans...

[10 recommandations de nos médecins du sommeil](#)



### Lutter contre les violences

Les violences ont toutes des conséquences importantes. Pour être écouté, informé ou orienté, appeler le 3919.

[Arrêtons les violences](#)



### Dépister les cancers

Chez les femmes, le dépistage du cancer du col de l'utérus, c'est tous les 5 ans chez votre médecin ou sage-femme !  
À partir de 50 ans, je pense à faire le test de dépistage du cancer colorectal (et la mammographie si je suis une femme).

[Contre les cancers, vos conseils dépistage](#)

Je me rends sur [sante.fr](https://sante.fr) pour prendre rendez-vous avec un professionnel de santé et bénéficier de conseils personnalisés et d'actions de prévention adaptées, me permettant d'améliorer mon état de santé.

Ce Bilan Prévention est pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Si possible lors de mon bilan, je rapporte mes informations de vaccinations ainsi que mes derniers résultats d'analyses (sanguines, urinaires...) et de dépistage.