



Autour Du Patient 94
CPTS

Entretien de prévention et dépistage



Madame, Monsieur,

La CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) Autour du Patient 94 de Nogent, Bry, Le Perreux-sur-Marne vous propose une consultation de prévention et de dépistage réalisée par un professionnel de santé, infirmier ou médecin du secteur.

Cet entretien a pour objectif de **faire un point sur votre état de santé** et d'aborder les **thèmes de prévention et de dépistage**.

Cet entretien **ne se substitue pas à votre suivi médical habituel** et nous vous conseillons si nécessaire de reprendre un rendez-vous avec votre médecin traitant.

Votre situation et vos habitudes de vie

1. Vous êtes :

- Une femme
- Un homme
- Autre

2. Taille :m

Poids :kg

IMC :.....

3. Avez-vous une activité professionnelle ?

- Oui
- Non

4. Quel est votre rythme de travail ?.....

5. Jugez-vous vos conditions de travail et/ou d'études difficiles, pénibles ?

- Oui
- Non

6. Faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques d'intensité modérée par jour (marche rapide, vélo, jardinage, ménage, jogging, autre activité sportive...) ?

- Non, jamais
- Oui, 1 à 2 fois par semaine
- Oui, 3 à 4 fois par semaine
- Oui, 5 à 7 fois par semaine

7. Ou pratiquez-vous une activité physique d'intensité forte, avec augmentation de la fréquence respiratoire ou du rythme cardiaque ?

- Oui
- Non

Si oui, laquelle et à quelle durée par semaine :

8. Pratiquez-vous une activité de renforcement musculaire ?

- Oui
- Non

Si oui, à quelle fréquence et à quelle durée ?

9. Avez-vous subi une variation de poids ces derniers mois ?

- Oui un amaigrissement
- Oui une prise de poids
- Non

10. A quelle fréquence mangez-vous les aliments suivants ?

	Plusieurs fois par jour	Une fois par jour	Plusieurs fois par semaine	Moins souvent	Jamais
Sucreries					
Chips/croustilles					
Charcuterie					
Fast-foods					
Plats préparés					
Produits laitiers					
Légumes frais					
Fruits frais					

11. Combien d'heures de sommeil pensez-vous avoir besoin pour être en forme ?heures
12. Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit ?
La veille d'un jour de travail :heures
La veille d'un jour de repos :heures
13. Avez-vous des difficultés d'endormissement plus de 3 fois par semaine ?
- Oui
 - Non
14. Vous réveillez-vous souvent au cours de la nuit ?
- Oui
 - Non
15. Avez-vous, plus de 3 fois par semaine, des éveils vers 2, 3 ou 4h du matin sans pouvoir vous rendormir ensuite avec la sensation d'une somnolence sans vrai sommeil ?
- Oui
 - Non
16. Au réveil, vous sentez-vous le plus souvent...
- En forme, "frais et dispos"
 - Encore fatigué(e) ou endormi(e)
 - Autre, précisez :
17. Prenez-vous du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois ?
- Oui
 - Non
18. Eprenez-vous de l'anxiété et/ou des sensations soudaines de panique ?
- Oui
 - Non
19. Assumez-vous un rôle d'aidant pour une personne âgée, handicapée et/ou malade ?
- Oui
 - Non
20. En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?
- Oui
 - Non
21. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille/enfants?
- Oui
 - Non

Vos antécédents familiaux

22. Y a-t-il des antécédents connus de maladies dans votre famille proche ? (Père, mère, frère ou sœur)
Exemples : diabète, hypertension artérielle, cancers, dépression...
- Oui
 - Non
 - Je ne sais pas

Votre état de santé actuelle

23. Avez-vous un médecin traitant ?

- Oui
- Non

24. Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% ?

- Oui
- Non

Si oui pour quelle(s) pathologie(s) ?

.....

.....

25. Quand avez-vous consulté pour la dernière fois votre médecin traitant ou un médecin ?

.....

26. A quand remonte votre dernier bilan sanguin ?

- Moins de 1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Je ne sais pas

27. Ce bilan sanguin comprenait-il

La glycémie ?

- Oui
- Non

La recherche d'une dyslipidémie (cholestérol) ?

- Oui
- Non

28. A quand remonte la dernière mesure de votre pression artérielle ?

- Moins de 1 an
- Plus de 1 an
- Je ne sais pas

29. Avez-vous consulté un dentiste au cours des derniers mois ?

- Oui
- Non

30. Avez-vous eu un contrôle de la vue au cours des 2 dernières années ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

32. Suivez-vous actuellement un(des) traitement(s) ?

- Oui
- Non

Si oui le(s)quel(s) ?

.....

33. Toussez-vous souvent (tous les jours) ?

- Oui
- Non

34. Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

36. Avez-vous constaté un gonflement important et ou inhabituel de vos chevilles ou jambes ces 2 dernières semaines ?

- Oui
- Non

37. Avez-vous des pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil, constatés par votre entourage ?

- Oui
- Non

38. Avez-vous fait une chute au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non

39. Avez-vous la sensation d'oublier des choses ?

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

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

- Oui
- Non

42. Avez-vous déjà été victime de violences physiques ou psychiques, à la maison ou sur votre lieu de travail (coups, mutilations, menaces, chantage, humiliations...), de harcèlement, discrimination, etc... ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Vos vaccins et vos dépistages fortement recommandés

43. Êtes-vous à jour des vaccins obligatoires (diphtérie, tétanos, polio) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

44. Avez-vous réalisé les vaccinations recommandées ?


- Grippe
- Covid-19
- Pneumococque


45. Avez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal (50-74 ans) depuis moins de 2 ans ?

- Oui
- Non


46. Avez-vous du sang dans les selles ?

- Oui
- Non


 47. A quand remonte votre dernière consultation pour des raisons de contraception ou gynécologiques ?
.....

 48. Avez-vous réalisé une mammographie de dépistage depuis moins de 2 ans ? (dans le cadre du dépistage organisé, tous les 2 ans entre 50-74 ans) ?

- Oui
- Non

 49. Avez-vous réalisé le test de dépistage du col de l'utérus depuis moins de 3 ans ?

- Oui
- Non

 50. (+ de 50 ans) Avez vous réalisé un dépistage du cancer de la prostate ?

- Oui
- Non

Consommation d'alcool, tabac et autres substances

51. Quel est le nombre de verres d'alcool que vous consommez sur une semaine habituelle :

52. Fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, cigarillo, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?

- Oui
- Non
- J'ai arrêté de fumer

53. Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?

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

54. Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ? cannabis (du haschisch, de la marijuana, de l'herbe, un joint ou du shit) ou d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne etc.) ?

- Oui
- Non

Aujourd'hui

Votre pression artérielle :

Votre fréquence cardiaque :

Votre saturation :

Si nécessaire votre score de findrisc et votre glycémie capillaire :

.....

Points à revoir avec votre médecin traitant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....