ASBL - VZW
medicis
HEALTH TESTING CENTRE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A remplir uniquement lors de votre 1ère visite.

Le principe de la médecine préventive est d'essayer de *détecter* les problèmes de santé.

Le suivi, les examens complémentaires éventuels, le diagnostic final, et le traitement seront réalisés par votre médecin traitant. C'est pourquoi il est indispensable de lui faire parvenir une copie du dossier que vous recevrez à l'issue de l'examen.

Nom :
Prénom :
Sexe :
Adresse :
Téléphone :
Adresse email :
Date de naissance :
Nationalité :
Employeur :
Médecin traitant (nom et adresse) :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

En complétant le tableau ci-dessous, pensez aux éléments suivants :

Cardiovasculaire :

- Infarctus du myocarde / crise cardiaque / mort subite
- Stents ou pontage
- Angine de poitrine
- Artérite (affection des artères)
- Accident vasculaire cérébral (AVC, « attaque » ou thrombose)
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie familiale

Diabète :

- Diabète de type 1 (survenant à un âge jeune, injections d'insuline)
- Diabète de type 2 (tardif, traitement oral ou insuline)

Cancer :

- Seins – utérus/ovaires - prostate – intestins/côlon – poumons – estomac – mélanome/peau - autre

Glaucome

Degré de parenté	Maladie	Âge au début de la maladie
Père		
Mère		
Frère 1		
Frère 2		
Sœur 1		
Sœur 2		
Famille maternelle : Grand-père Grand-mère Oncle(s)/Tante(s)		
Famille paternelle : Grand-père Grand-mère Oncle(s)/Tante(s)		

ANTECEDENTS PERSONNELS CHIRURGICAUX

Avez-vous été opéré(e) pour une affection :	*Si oui, cochez*	*Année ?*	*Détails*
Pulmonaire	☐		
ORL (nez, gorge, oreille)	☐		
Cardio-vasculaire (cœur, artères, veines …)	☐		
Neurologique	☐		
Gastro-intestinale (appendice, foie, vésicule, polypes….)	☐		
Rénale ou urinaire (prostate, vessie …)	☐		
Endocrinienne (thyroïde)	☐		
Orthopédique ou traumatique	☐		
Ophtalmologique (chirurgie réfractive, cataracte, glaucome….)	☐		
Stomatologique (dents de sagesse, mâchoire, …)	☐		
Malformations congénitales	☐		
Autres :	☐		

ANTECEDENTS PERSONNELS MEDICAUX

Avez-vous souffert de/ou été hospitalisé(e) pour une affection :	*Si oui, cochez*	*Année ?*	*Détails*
Hypercholestérolémie	☐		
Hypertension artérielle	☐		
Diabète	☐		
Cardiaque (infarctus, stent, pontage, problème de rythme, problème de valve…)	☐		
Vasculaire (AVC, AIT, artérite, varices, …)	☐		
Pulmonaire (asthme, bronchite chronique, apnées, polysomnographie …..)	☐		
Endocrinienne (diabète, thyroïde ……)	☐		
Gastro-intestinale/digestive (estomac, vésicule, pancréas, péritonite, intestins, diverticules,…)	☐		
Hépatique (foie, vésicule biliaire,…)	☐		

Rénale	☐		
Urinaire (prostate, vessie, calcul …..)	☐		
Ostéoarticulaire et rhumatologique (fracture, lésion ligamentaire, musculaire, articulaire)	☐		
Neurologique (migraine, épilepsie ….)	☐		
Des yeux (glaucome, cataracte, macula, ….)	☐		
ORL (nez, gorge, oreille)	☐		
Hématologique/maladie du sang (anémie, problèmes de fer, leucémie, lymphome, thalassémie, pic monoclonal …)	☐		
Coagulation (embolie, thrombose, phlébite, hémophilie,…)	☐		
Infectieuse ou maladie tropicale	☐		
Psychologique (surmenage/épuisement, dépression, anxiété,…)	☐		
Dermatologique/maladie de la peau	☐		
Avez-vous été traité(e) pour un **cancer** par chimiothérapie – rayons – hormones ?	☐		
Avez-vous des séquelles d'un **accident** ?	☐		
Autres :	☐		

ALLERGIES - INTOLERANCES

Etes-vous sujet aux allergies/intolérances suivantes ?	*Si oui, cochez*
Intolérance :	☐
• Lactose	☐
• Gluten	☐
• Avez-vous réalisé un examen pour confirmer cette intolérance ?	☐
Allergie :	☐
• Médicamenteuse	☐
• Alimentaire	☐
• Respiratoire / rhume allergique « rhume des foins »	☐
• Cutanée (piqûres d'insecte, eczéma, urticaire)	☐
• Œdème de Quincke / choc anaphylactique	☐
• Avez-vous déjà subi des tests allergiques cutanés ou sanguins ?	☐

EXAMENS DE DEPISTAGE

Quel examen de dépistage avez-vous déjà réalisé pour :	*Si oui, cochez*	*Année ?*	*Résultats*
Le cancer du côlon (45 ans +) • Une colonoscopie • Une recherche de sang dans les selles par colotest (iFobt – hemoccult) ?	☐ ☐		
Le cancer de la peau : • Un screening de la peau chez un dermatologue ?	☐		
La prévention cardio-vasculaire : (45 ans +) • Un bilan cardiaque ? • Avec épreuve d'effort ?	☐ ☐		
Le cancer du poumon (fumeurs et ex-fumeurs 50 ans +) • Un examen fonctionnel respiratoire chez le pneumologue ? • Un scanner des poumons ?	☐ ☐		
Le glaucome (40 ans+) : • Contrôle de la pression oculaire chez un ophtalmologue ?	☐		
Un examen chez le dentiste ?	☐		
<u>Pour les femmes</u> :			
Le cancer du col de l'utérus : • Un frottis gynécologique • Un test HPV	☐ ☐		
Le cancer du sein : (40 ans +) • Une mammographie • Une palpation des seins	☐ ☐		
L'ostéoporose : (post-ménopause) • Une densitométrie osseuse	☐		
<u>Pour les hommes :</u>			
Le cancer de la prostate : (50 ans+) • Un taux de PSA • Un examen urologique ? avec échographie ou IRM ?	☐ ☐		

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

Questions	*Réponses*
Age des premières règles ?	
Combien de grossesses avez-vous eues (fausse couche et interruption de grossesse éventuelles incluses) ?	
Maladie pendant la grossesse (hypertension, éclampsie, diabète …)	
Année(s) des accouchements ?	
Allaitement de plus de 3 mois ?	
Utilisez-vous un moyen de contraception : pilule – anneau vaginal – implant - stérilet sans hormones – stérilet avec hormones – ligature de trompes – préservatif – autre ?	
Les règles sont-elles douloureuses - abondantes – irrégulières ?	
Quelle est la date de vos dernières règles ?	
A quel âge avez-vous été ménopausée ? • Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement hormonal de substitution et pendant combien de temps ? • Souffrez-vous de bouffées de chaleur – troubles du sommeil – douleurs articulaires – labilité émotionnelle ?	
Avez-vous souffert et/ou été hospitalisée et/ou été opérée d'une affection gynécologique ou des seins ?	

VACCINS : **Si possible apportez votre carte de vaccination.**

Type	*Date de la dernière dose*	*Nombre total de doses*
Tétanos Diphtérie Coqueluche (1x/10 ans)		
Poliomyélite		
Grippe (65 ans+)		
Pneumocoques (65 ans+)		
Covid (65 ans+)		
Zona (65 ans+)		
Hépatite A		
Hépatite B		
Fièvre jaune		
Rougeole Rubéole Oreillons		
HPV		
Autres : (Méningite ACWY – Fièvre Typhoïde – Rage – FSME Encéphalite à tiques…)		

TRAITEMENTS ET MEDICATION

Quels médicaments prenez-vous <u>régulièrement</u> ?

Nom	Dose (mg)	Nb de prise par jour	Depuis quand ?

Quels médicaments prenez-vous <u>occasionnellement</u> ? compléments alimentaires ? vitamines ?

Nom	Dose (mg)	Nb de prise par jour	Depuis quand ?

En particulier, pensez à :

- Somnifères - tranquillisants - antidépresseurs ?
- Antihypertenseurs – anticoagulants - médication pour le cœur – pour le cholestérol – pour le diabète ?
- Contraception ? traitement pour la ménopause ?
- Gouttes pour les yeux ?
- Crèmes ?

Autres types de traitements ?	*Si oui, cochez*
CPAP ou traitement des apnées du sommeil	☐
Appareils auditifs	☐
Bas de contention – semelles orthopédiques	☐
Kinésithérapie – ostéopathie	☐
Psychothérapie	☐
Pacemaker	☐

HABITUDES DE VIE

Questions	*Si oui, cochez*	*Détails / Réponses*
Tabac :		
• Vous n'avez jamais fumé	☐	
• Vous avez arrêté de fumer en … ○ Vous avez fumé durant … années ○ Combien par jour ?	☐	
• Vous fumez : ○ Cigarettes – cigares/cigarillos – pipe – tabac à rouler - cannabis – e-cigarettes/vapotage – autre… ○ Combien par jour ? ○ Depuis combien d'années ? ○ Avez-vous déjà arrêté de fumer ? ○ Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer ? ○ Quand fumez-vous votre première cigarette après le lever ? • 5 min – 30 min – 60 min - >60 min	☐	
Consommez-vous des drogues ou des stupéfiants ?	☐	
Activités physiques et sportives :		
• Combien de fois par semaine pratiquez-vous au moins : ○ 30 min d'activités physique **modérée** (marche, vélo, danse, yoga, jardinage, …) ? ○ 25 min d'activités physique **intense** (fitness, course à pied, tennis, football, hockey, vélo intense, …) ? • Lesquelles ?		
Alimentation :		
• Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? ○ Sans lactose / gluten ○ Pauvre en sel / sucre / cholestérol ○ Végétarien / végan	☐	
• Avez-vous une source quotidienne de calcium ? ○ Produits laitiers ○ Légumes verts ○ Amandes et noix ○ Laits végétaux (lait de soja, d'amande, de riz…) ○ Eau riche en calcium (Hépar, Contrex, San Pellegrino, …)	☐	
• Combien de fois ***par jour*** consommez-vous une portion de 100gr de fruits et/ou légumes ? (100gr = environ une pomme ou une carotte)		

HABITUDES DE VIE - SUITE

Questions	*Si oui, cochez*	*Détails / Réponses*
Alimentation – Suite :		
• Combien de fois ***par semaine*** consommez-vous ○ Viande rouge ou équivalent (viande hachée, porc, charcuterie,…) ○ Viande blanche - volaille - poisson – crustacés – fruits de mer - oeufs ○ Protéines végétales (légumineuses, tofu, quinoa, …) ○ Céréales complètes – graines		
• Quels sont vos apports hydriques ***par jour*** en litres ? ○ Eau ○ Sodas et jus ○ Café – thé – Coca - boissons énergisantes ○ Autres (soupes, lait, …)		
• Boissons alcoolisées (1 unité = 25cl bière, 10cl vin, 2,5cl alcool fort à 40°) ○ Consommez-vous plus de 10 unités par semaine ? ○ Observez-vous minimum 2 jours d'abstinence par semaine ? ○ Combien de fois buvez-vous plus de 2 unités par jour ?	☐ ☐	



https://www.votredieteticienne.fr/index.php/tous-articles-alimentation/190-les-alcools

PROBLEMES DE SANTE ACTUELS

SYSTEME CARDIOCIRCULATOIRE ET PULMONAIRE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Ressentez-vous une oppression ou une douleur dans la poitrine au repos/ à l'effort/ en cas de stress ?	☐	
Etes-vous à court de souffle au repos ou à l'effort ?	☐	
Ressentez-vous des palpitations ?	☐	
Est-ce que vous toussez ?	☐	
Avez-vous des glaires ? Si oui, de quelle couleur ?	☐	
Avez-vous la voix enrouée – rauque ?	☐	
Ressentez-vous une douleur dans les jambes à la marche ? Après avoir effectué quelle distance ?	☐	

SYSTEME DIGESTIF

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Récente modification de la fréquence des selles ?	☐	
Diarrhée ?	☐	
Constipation ?	☐	
Souffrez-vous de reflux (« brûlant ») dans la poitrine ? Si oui, à quelle fréquence ?	☐	
Perte de sang pendant ou après les selles ?	☐	
Récent changement de poids ? combien de kg en combien de temps ?	☐	

APPAREIL LOCOMOTEUR

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Souffrez-vous de douleurs au dos ? Haut – milieu – bas du dos	☐	
Souffrez-vous d'autres douleurs articulaires ?	☐	
Avez-vous des articulations gonflées ? Lesquelles ?	☐	
Avez-vous passé des examens pour ces douleurs (radio, scan, IRM, écho…) ?	☐	

SYSTEME URO-GENITAL

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
• Avez-vous constaté du sang dans les urines ? • Avez-vous des pertes d'urine à l'effort – en toussant – en riant ? • Combien de fois par nuit devez-vous vous lever pour uriner ? • Présentez-vous des symptômes de prostatisme : diminution de la force du jet, vidange incomplète de la vessie ?	☐ ☐ ☐	

SYSTEME NEUROLOGIQUE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Avez-vous des pertes de connaissance inexpliquées ?	☐	
Souffrez-vous de maux de tête ? • Fréquence par jour – semaine - mois • Apparition récente ou phénomène connu ?	 ☐ ☐	

SYSTEME HEMATO IMMUNITAIRE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Avez-vous déjà présenté une carence en fer ou de l'anémie ?	☐	
Avez-vous un problème de coagulation du sang ?	☐	

O.R.L

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Avez-vous des acouphènes ? • Depuis combien de temps ? • Avez-vous déjà eu un bilan pour les acouphènes ?	☐	
Remarquez-vous des troubles de l'audition ?	☐	

DERMATOLOGIE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Etes-vous suivi régulièrement par un dermatologue ? A quelle fréquence ?	☐	
Avez-vous un problème de peau ?	☐	
Avez-vous une tache de naissance ou un grain de beauté qui sont apparus ou qui se sont récemment modifiés ?	☐	
Avez-vous facilement des éruptions, des démangeaisons ?	☐	

OPHTALMOLOGIE

Questions	*Si oui, cochez*	*Commentaires*
Souffrez-vous de • Myopie (problème pour voir de loin) • Hypermétropie (problème pour voir de près) • Presbytie (problème pour voir de près après 40 ans)	☐ ☐ ☐	
Avez-vous une maladie des yeux ?	☐	
Avez-vous une hypertension intra-oculaire ou un glaucome connu et/ou traité ?	☐	

STRESS PROFESSIONNEL ET/OU PRIVE

Questions	*Si oui, cochez*	*Commentaires*
Origine du stress : • Professionnel lié à la surcharge de travail • Professionnel lié aux relations avec les collègues • Privé	☐ ☐ ☐	
Avez-vous le sentiment que votre niveau de stress actuel est maîtrisé ?	☐	
Avez-vous le sentiment que votre stress impacte • Votre sommeil • Votre concentration/mémoire • Humeur/anxiété/irritabilité • Votre énergie pour vos activités après le travail	☐ ☐ ☐ ☐	
Avez-vous un suivi psychologique ?	☐	

SOMMEIL

Questions	*Si oui, cochez*	*Commentaires*
Souffrez-vous de troubles du sommeil ? • Difficultés à vous endormir • Difficultés à continuer à dormir (réveils nocturnes fréquents, éveil trop tôt) • Souffrez-vous de somnolence en journée ?	☐ ☐ ☐	

Merci de répondre au questionnaire suivant : *Echelle de stress perçu (PSS 10)*

Ce test est l'instrument le plus utilisé et le plus simple pour évaluer la perception de chaque individu face au stress. Le résultat n'a, en aucun cas, valeur de diagnostic médical. Il permet de récolter certains renseignements quant à l'opportunité de modifier des aspects de votre mode de vie privée ou professionnelle et, le cas échéant, chercher une aide médicale ou psychothérapeutique.

Ce test ne peut pas vous prendre beaucoup de temps. Répondez rapidement et le plus spontanément possible. Les questions traitent de votre ressenti au cours du dernier mois.

Cochez la case qui correspond le mieux à votre ressenti, au cours du dernier mois	***Jamais***	***Rarement***	***Parfois***	***Assez Souvent***	***Très Souvent***
1. Avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?	○	○	○	○	○
2. Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	○	○	○	○	○
3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et stressé(e) ?	○	○	○	○	○
4. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	○	○	○	○	○
5. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	○	○	○	○	○
6. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	○	○	○	○	○
7. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	○	○	○	○	○
8. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	○	○	○	○	○
9. Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?	○	○	○	○	○
10. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?	○	○	○	○	○