



Prendre soin de soi est important

C'est pourquoi entre 18 et 25 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
 Autre

Q2 - Vous êtes :

- En études En emploi
 À la recherche d'un emploi
 En cumul étude-emploi
 Autre

Q3 - Vous habitez :

- Seul(e) Chez vos parents
 En couple
 Avec d'autres personnes
(amis, colocataires, ...)

Q4 - Avez-vous un ou plusieurs enfants ?

- Oui Non

Q5 - Si oui, êtes-vous seul(e) pour l'élever ou les élever ?

- Oui Non

Q6 - Envisagez-vous d'avoir un enfant dans les 5 prochaines années ?

- Oui Non Je ne sais pas

Q7 - Assumez-vous un rôle d'aide, c'est-à-dire aidez-vous une personne (adolescente ou adulte) de manière régulière et fréquente, en raison de son âge, de la maladie ou d'une situation de handicap ?

- Oui Non

Q8 - En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?

- Oui Non

Q9 - Jugez-vous vos conditions de vie, de travail ou d'étude difficiles/pénibles ?

- Oui Non

Vos antécédents personnels et familiaux

Q10 - Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ?

- Diabète
 Maladie congénitale
 Allergie(s)
 Cancers
 Maladies respiratoires (asthme...)
 Dépression et/ou troubles anxieux et/ou troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie...)
 Autre(s) maladie(s) :
 Aucune

Q11 - Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

- Oui Non

Q12 - À quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?

- Moins de 6 mois Plus de 6 mois
 Jamais réalisée

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

Q13 - 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, ...

- Oui Non Je ne sais pas



Votre état de santé actuel

Q14 - Suivez-vous actuellement un traitement ?

- Oui Non

Si oui, veuillez amener, si possible, vos ordonnances lors du Bilan Prévention.

Q15 - Taille : m

Q16 - Poids : kg

Q17 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?

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

Q18 - Diriez-vous que la nourriture occupe une place très importante dans votre vie ?

- Oui Non

Q19 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...)?

- Oui Non

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

- Oui Non

Activité physique, sédentarité et alimentation

Q21 - 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

Q22 - 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

Q23 - 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

Q24 - 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

Q25 - Combien de temps par jour passez-vous devant un écran en dehors des études ou du travail (téléphone portable, télévision, jeux vidéo, 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

Q26 - Êtes-vous à jour de vos vaccins et rappels de vaccins ?

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

- Oui Non Je ne sais pas

Q27 - Êtes-vous vacciné(e) contre les papillomavirus humains (HPV) ?

- Oui Non Je ne sais pas

Q28 - Si vous avez 25 ans, avez-vous réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?

Si oui, merci de rapporter, si possible, les résultats de ce dépistage lors de votre Bilan Prévention.

- Oui Non Je ne sais pas

Q29 - Êtes-vous allée chez le gynécologue dans les 12 derniers mois ?

- Oui Non
 Non concerné(e)

Q30 - Utilisez-vous un moyen de contraception ?

- Oui Non

Q31 - Avez-vous des douleurs intenses au bas ventre au moment de la période des règles ?

- Oui Non
 Non concerné(e)

Q32 - Avez-vous déjà réalisé un dépistage des des infections sexuellement transmissibles ?

- Oui Non Je ne sais pas

Q33 - 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

Q34 - 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

Q35 - Vous arrive-t-il de consommer rapidement une quantité importante de boissons alcoolisées afin d'obtenir une sensation d'ivresse ?

- Oui Non

Q36 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?

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

Q37 - Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ? Cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint ou shit), d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne, etc.) ou du protoxyde d'azote ?

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

Q38 - 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

Q39 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?

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

Q40 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :

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

Q41 - 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

Q42 - 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

Q43 - 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

Q44 - 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

Q45 - Avez-vous déjà eu des idées noires/ suicidaires ou fait une tentative de suicide ?

- Oui, des idées noires/suicidaires
- Oui, une ou des tentatives de suicide
- Non

Q46 - Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (menaces, chantage, humiliations, coups, mutilations, ...), harcèlements, discrimination, soumission chimiques ou drogues sans consentement (ex : GHB) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisions complémentaires concernant votre santé

Q47 - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?

- Mieux dormir
- 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
- Passer moins de temps devant un écran ou mon téléphone
- Mieux m'informer sur les dépistages concernant ma tranche d'âge

Q47 bis - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan prévention ?