

# Table des matières

**Vos renseignements personnels**

**Votre santé générale**

**Vos habitudes de vie**

**Alimentation**

**Activité physique**

**Tabagisme**

**Alcool et drogues**

**Votre santé du cœur**

**Prévention des cancers**

**Vos vaccins**

**Votre santé osseuse**

**Votre audition et votre vision**

**Votre santé émotionnelle**

**Votre santé sexuelle**

**Votre bilan de santé**



## Votre questionnaire de santé

Ce questionnaire va vous aider à faire le point sur votre santé et à préparer la rencontre avec l'infirmière. Elle va en discuter avec vous lors du rendez-vous.

Chaque question est importante et les informations fournies sont confidentielles. Seul le personnel (l'infirmière et le médecin) ayant accès à votre dossier médical peut en prendre connaissance.

**Si vous ne pouvez pas ou ne voulez pas répondre à certaines questions, passez aux suivantes.**

### Vos renseignements personnels

Date d'aujourd'hui : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

**1. Quelle est votre occupation principale :**

- Je m'occupe des tâches de la maison
- Je suis actuellement aux études
- Je suis actuellement à la recherche d'un emploi
- Je travaille. Quel est votre emploi : \_\_\_\_\_
- Autres : \_\_\_\_\_

**2. Êtes-vous né(e) au Canada :**

- Oui
- Non. Dans quel pays êtes-vous né(e) : \_\_\_\_\_  
Depuis combien de temps vivez-vous au Canada :
  - Moins de 5 ans
  - Plus de 5 ans

**3. Afin de mieux répondre à vos besoins nous aimerions savoir si vous appartenez à l'une des populations suivantes :**

- autochtone
- juive ashkénase
- afro-américaine

**4. Cochez ce qui décrit votre statut actuel :**

- Vous êtes marié(e) ou vivez avec un conjoint ou une conjointe
- Vous ne vivez pas avec un conjoint ou une conjointe (célibataire, séparé(e) ou divorcé(e), veuf ou veuve)

**5. Avez-vous des enfants :**

- Oui, combien : \_\_\_\_\_ Âge des enfants : \_\_\_\_\_
- Non

**6. Combien de personnes vivent avec vous à la maison (parents, enfants ou autres) : \_\_\_\_\_**



## Votre santé générale

**1. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour un problème de santé (autre raison que les accouchements) :**

Non

Oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Prenez-vous des médicaments régulièrement (prescrits ou en vente libre) :**

Non

Oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Prenez-vous des vitamines, produits naturels, ou d'autres produits pour votre santé régulièrement (au moins chaque semaine) :**

Non

Oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. Avez-vous déjà pris des médicaments qui vous donnent une réaction allergique telle que des rougeurs sur le corps, une enflure du visage ou de la gorge, une difficulté à respirer :**

Non

Oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Est-ce que d'autres produits (par exemple des aliments, piqûres d'insectes) vous donnent une réaction allergique telle que des rougeurs sur le corps, une enflure du visage ou de la gorge, une difficulté à respirer :**

Non

Oui, lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Vos habitudes de vie

### Alimentation

Une alimentation bonne pour la santé, c'est :

- Manger des fruits et des légumes à tous les repas ou presque tous les repas
- Manger des céréales et du pain (au moins la moitié à grains entiers) à tous les jours
- Prendre du lait ou des substituts enrichis de vitamine D (ex. : lait de soya) à tous les jours
- Manger souvent des légumineuses et du poisson et choisir de la volaille ou des viandes maigres
- Limiter les aliments qui contiennent beaucoup de gras, de sucre ou de sel (fast food, boissons gazeuses, desserts sucrés, etc.)

#### 1. Comment décririez-vous votre alimentation :

- Mon alimentation est très bonne. Il y a peu de changement à faire
- Mon alimentation est bonne. Il y a quelques changements à faire
- Mon alimentation n'est pas très bonne. Il y a plusieurs changements à faire

### Activité physique

Être actif, c'est de :

- Pratiquer 150 minutes (2 heures et demie) d'activité physique par semaine (les séances d'activité physique doivent durer au moins 10 minutes)
- Faire de l'activité à une intensité modérée ou élevée : effort suffisant pour être essoufflé(e)

Par **activité physique**, nous entendons toutes les activités permettant de bouger, que ce soit à la maison (jardiner, passer l'aspirateur, etc.), au travail, dans les déplacements ou dans les loisirs (danse, marche), sports, etc.)

#### 2. De manière générale, comment décririez-vous votre niveau d'activité physique :

- Je suis actif ou très actif. Il y a peu de changement à faire
- Je suis modérément actif. Il y a quelques changements à faire
- Je suis plutôt inactif. Il y a plusieurs changements à faire

### Tabagisme

3. Avez-vous déjà fumé ou utilisé des produits de tabac? :  Oui  Non, allez à la question 5
4. Avez-vous utilisé une forme quelconque de tabac (cigarettes, petits cigares, chicha, cigarettes électroniques, etc.) au cours des 6 derniers mois? :  Oui  Non
5. Est-ce que vous-même ou vos proches êtes exposés à la fumée de tabac secondaire à la maison ou dans l'auto? :  Oui  Non



## Alcool et drogues

6. Est-ce que des membres de votre famille proche souffrent ou ont souffert de problème d'abus d'alcool ou de drogues?  Oui  Non
7. Depuis les 12 derniers mois avez-vous consommé de l'alcool :
- Je ne bois jamais d'alcool
  - Je bois à l'occasion (quelques fois par mois ou par année)
  - Je bois à toutes les semaines
  - Je bois à tous les jours
8. Depuis les 12 derniers mois, avez-vous consommé une ou des drogues ou encore un médicament (avec ou sans ordonnance) pour des raisons non-médicales :  Oui  Non

## Votre santé du cœur

1. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez un des problèmes de santé suivants :

- Hypertension artérielle (haute pression) :  Oui  Non
- Problèmes cardiaques (angine, infarctus) :  Oui  Non
- Diabète (niveau de sucre dans le sang trop haut) :  Oui  Non
- Cholestérol élevé (niveau de gras dans le sang trop haut) :  Oui  Non

Pour les femmes ayant déjà eu une grossesse :

- Avez-vous souffert de diabète durant la grossesse :  Oui  Non
- Avez-vous accouché d'un bébé pesant plus de 4 kg (9 livres) à la naissance :  Oui  Non

2. Est-ce que des membres de votre famille proche souffrent ou ont souffert des problèmes de santé suivants : problèmes au cœur (angine, infarctus, crise de cœur, pontage), diabète (niveau de sucre élevé) ou cholestérol élevé (niveau de gras)?
- Non  Oui, indiquez qui (père, mère, etc.) :

Problèmes de santé	Cochez la case lorsque des membres de votre famille (biologique) sont ou ont été atteints	
	Père ou mère	Frères ou sœurs, demi-frères, demi-sœurs
Problèmes au cœur		
Diabète (Niveau de sucre élevé)		
Cholestérol élevé (niveau de gras élevé)		

3. À quand remonte la dernière fois où vous avez passé les tests suivants :

**Note :** Certains éléments de cette liste dépendent de votre âge ou de votre sexe. Il n'y a pas de bonne réponse. Répondez au meilleur de votre connaissance.



Test	Mon dernier test a été fait...				
	Jamais	Il y a moins de 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Il y a plus de 3 ans	Je ne sais pas
Dépistage du diabète (taux de sucre)					
Niveau de cholestérol (niveau de gras)					

## Prévention des cancers

N. B. Selon votre sexe et votre âge, certaines questions pourraient ne pas s'appliquer.

### 1. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez un des problèmes de santé suivants :

Cancer (sein, ovaire, col utérin, peau, prostate, colorectal) :  Oui  Non

Maladie inflammatoire intestinale (Crohn, colite ulcéreuse) :  Oui  Non

Polypes intestinaux :  Oui  Non

### 2. Est-ce que des membres de votre famille proche souffrent ou ont souffert de cancer?

Non

Si oui, indiquez qui (père, mère, etc.) :

Problèmes de santé	Cochez la case lorsque des membres de votre famille (biologique) sont ou ont été atteints					
	Grands-pères ou grands-mères	Père ou mère	Frères ou sœurs, demi-frères, demi-sœurs	Fils ou filles	Oncles ou tantes	Neveux ou nièces
Cancer du sein						
Cancer des ovaires						
Cancer de la peau (mélanome)						
Cancer du côlon ou du rectum ou polypes						
Cancer de la prostate						

**3. À quand remonte la dernière fois où vous avez passé les tests suivants :**

**Note :** Certains éléments de cette liste dépendent de votre âge ou de votre sexe. Il n’y a pas de bonne réponse. Répondez au meilleur de votre connaissance.

Test	Mon dernier test a été fait...				
	Jamais	Il y a moins de 2 ans	Entre 2 et 3 ans	Il y a plus de 3 ans	Je ne sais pas
Recherche de sang dans les selles (dépistage du cancer du côlon)					
Colonoscopie (examen du côlon)					
<u>Pour les femmes :</u> <b>Pap Test</b> (dépistage cancer du col utérin)					
<u>Pour les femmes :</u> <b>Mammographie</b> (dépistage du cancer du sein)					
<u>Pour les hommes :</u> Antigène prostatique spécifique (dépistage du cancer de la prostate)					

4. **Passez-vous beaucoup de temps au soleil (travail, loisir, etc.) :**  Oui  Non

5. **Quand vous êtes à l’extérieur, est-ce que vous vous protégez du soleil (utiliser une crème solaire, porter un chapeau et des vêtements couvrant la peau, etc.) :**

Rarement  Assez souvent  La plupart du temps

6. **Avez-vous remarqué un changement au niveau d’un grain de beauté ou une nouvelle tache qui vous inquiète :**  Oui  Non

### Vos vaccins

1. **Au meilleur de vos connaissances, avez-vous reçu tous vos vaccins lorsque vous étiez enfant et adolescent :**  Oui  Non

2. **Avez-vous été vacciné(e) contre le tétanos (depuis les 10 dernières années) :**  Oui  Non

3. **Autres vaccins reçus dans les 5 dernières années :** \_\_\_\_\_

### Votre santé osseuse

1. **Est-ce que votre mère ou votre père a déjà eu une fracture de la hanche (se casser la hanche)?**  Oui  Non

2. **Est-ce que vous avez déjà eu une fracture : du bassin, de la colonne, de la hanche, de l’avant-bras ou du poignet?**  Oui  Non

Si oui, quel âge aviez-vous? \_\_\_\_\_



Pour les personnes âgées de 50 ans et plus

3. Avez-vous déjà passé une radiographie (ostéodensitométrie) pour vérifier si vous souffrez d'ostéoporose?  Oui  Non
4. Dans les 12 derniers mois avez-vous fait une chute; êtes-vous tombé(e)?  Oui  Non

## Votre audition et votre vision

Pour les personnes âgées de 65 ans et plus

1. Faites-vous répéter quand vous parlez avec une seule personne?  
 Oui  Parfois  Non
2. Avez-vous de la difficulté à comprendre quand il y a du bruit autour de vous?  
 Oui  Parfois  Non
3. À quand remonte votre dernier examen de la vue? \_\_\_\_\_
4. Avez-vous de la difficulté à voir?  
 Oui  Parfois  Non

## Votre santé émotionnelle

1. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez souffert de dépression ou de problème de santé mentale?  Oui  Non
2. Est-ce des membres de votre famille proche souffrent ou ont souffert de problèmes de santé mentale?  
 Oui  Non
3. Avez-vous ressenti un excès de stress, d'anxiété ou d'inquiétude récemment, pouvant affecter votre santé :  Oui  Non
4. Est-ce que les sujets suivants sont une source d'inquiétude pour vous? (Vous pouvez cocher plus d'une réponse) :
- Santé personnelle
  - Santé d'un membre de la famille ou d'un proche
  - Relation de couple
  - Relation avec des membres de la famille
  - Travail
  - Autres
5. Environ combien d'heures de sommeil avez-vous par nuit : \_\_\_\_\_ heures.
6. Vous sentez-vous reposé(e) lorsque vous vous levez? :  
 Oui, toujours  La plupart du temps  Rarement
7. Dans les moments difficiles, dans quelle mesure pensez-vous pouvoir trouver du soutien auprès de proches (famille ou amis) :  
 Difficilement  Assez facilement  Très facilement





## Votre santé sexuelle

Si vous n'avez pas eu de relations sexuelles dans les 12 derniers mois, veuillez passer à la section suivante.

1. Est-ce que vous pensez avoir un enfant dans la prochaine année?

- Oui  Non  Ne s'applique pas

2. Si vous ne désirez pas avoir d'enfant prochainement, est-ce que vous utilisez un moyen de contraception?

- Oui, de manière régulière  
 Oui, mais j'oublie parfois  
 Non  
 Ne s'applique pas

3. Au cours de la dernière année, avez-vous eu des activités sexuelles avec un nouveau partenaire?

- Oui  Non

4. Désirez-vous un dépistage pour les infections transmises sexuellement ou par le sang (ITSS)?

- Oui  Non

## Votre bilan de santé

Quelles sont les conclusions que vous tirez suite à votre bilan de santé? Cochez les habitudes où il y a place pour un changement :

Changement	Oui	Non	Plus tard	Pas besoin
Améliorer mon alimentation				
Augmenter mon niveau d'activité physique				
Agir sur mon poids				
Cesser ou réduire ma consommation de tabac				
Éviter l'exposition de mes proches à la fumée de tabac				
Réduire ma consommation d'alcool				
Mieux gérer mon stress				
Mieux me protéger contre le soleil				
Mieux me protéger en matière de santé sexuelle (grossesse non planifiée ou infections transmissibles sexuellement)				

Parmi les changements que vous aimeriez faire, lequel vous semble le plus important? (en choisir un seul) :

Est-ce qu'il y a un autre sujet que vous souhaiteriez aborder avec l'infirmière? N'hésitez pas à en faire part à l'infirmière lors de la rencontre :

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire

SVP apporter ce questionnaire lors de votre rendez-vous

SVP apporter votre carnet de vaccination si disponible. Merci!