



Nom:

Questionnaire: votre comportement en matière de santé

C'est un plaisir de constater l'attention que vous portez à votre santé, et je vous félicite de vous engager dans cette démarche qui sera importante pour la promotion de votre santé.

Ce questionnaire vous aidera à prendre conscience de certains éléments essentiels à votre santé. A vous de décider lesquels vous désirez conserver, améliorer ou modifier.

C'est volontiers que je vous propose une discussion sur le questionnaire le:

Date:

Sceau du cabinet médical:

Votre médecin de famille:

.....

1. Votre état général

Ci-dessous vous voyez des visages stylisés correspondant à différents sentiments.

Lequel exprime le mieux votre état de santé actuel?

Je vais très bien      je vais très mal

(veuillez cocher l'expression qui convient)

2. Qu'est-ce qui exerce une influence favorable sur votre bien-être et votre état de santé?

Pour moi, cet énoncé convient/ne convient ... <i>(dans chaque ligne, veuillez cocher la case qui reflète votre opinion)</i>	tout à fait	passablement	pas tellement	pas du tout
J'ai le sentiment que ma vie a un sens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai du plaisir à vivre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quoi qu'il arrive, je sais percevoir le bon côté des choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans ma vie, je sais m'arranger avec les choses que je ne peux pas modifier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis satisfait de ma manière de réaliser les objectifs de ma vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'avenir me semble positif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma vie professionnelle et ma vie privée sont équilibrées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'entre facilement en contact avec des personnes que je ne connais pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me sens à l'aise dans mon environnement social (famille, cercle d'amis, voisinage).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'ensemble, je me sens ...

bien
 plutôt bien
 plutôt mal
 mal

(veuillez cocher la case appropriée)

En repensant aux derniers 7 jours, combien de jours environ vous sentiez-vous

calme, équilibré? durant jours

plein de force et d'énergie? durant jours

tendu, nerveux? durant jours



abattu, de mauvaise humeur? durant jours

3. Comportement en matière de santé

Consommation de tabac

Situation actuelle

(veuillez cocher 'les cases qui lui correspondent)

<p><input type="radio"/> Je ne fume pas (je n'ai jamais fumé)</p> <p>C'est très bien, continuez ainsi!</p> 	<p><input type="radio"/> Je ne fume plus</p> <p><input type="radio"/> J'ai arrêté de fumer... il y a moins de six mois</p> <p><input type="radio"/> il y a plus de six mois</p> <p>J'ai fumé pendant années</p> <p>C'est très bien, continuez ainsi!</p> 	<p><input type="radio"/> Je fume</p> <p>Je fume depuis années.</p> <p>Je fume...</p> <p><input type="radio"/> moins de 10 cigarettes par jour</p> <p><input type="radio"/> de 10 à 20</p> <p><input type="radio"/> de 20 à 30</p> <p><input type="radio"/> plus de 30</p>
---	---	--

Je suis quotidiennement exposé à la **fumée d'autrui** (tabagisme passif)

non

oui, durant 1 à 3 heures

oui, durant plus de 3 heures

Poids corporel

Situation actuelle

Ma taille est de cm (sans chaussures)

Mon poids est de kg (sans vêtements ou avec des vêtements légers)

Il est important de connaître également la répartition corporelle des kilos superflus. C'est pourquoi la circonférence abdominale est un bon indicateur de risque.

La circonférence abdominale se mesure à l'endroit le plus large.

Ma circonférence abdominale est de cm (sans vêtements)

Alimentation

Situation actuelle

Pour moi, cet énoncé convient/ne convient... (dans chaque ligne, veuillez cocher la case appropriée)	tout à fait	passablement	pas tellement	pas du tout
Je bois quotidiennement 1 à 2 litres de boissons non sucrées et sans alcool.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mange rarement du fastfood ou des plats précuisinés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mange plusieurs fois par jour des fruits et des légumes. (recommandation: 5 portions de 120 grammes par jour).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je mange rarement du chocolat, des crèmes glacées, du gâteau, des chips, des barres énergétiques ou d'autres snacks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends à une alimentation aussi saine que possible, c'est-à-dire variée et pauvre en lipides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En général je prends le repas principal avec d'autres personnes. (en famille, avec le ou la partenaire, avec des amis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activité physique

Situation actuelle

Veuillez cocher la case appropriée	4 à 5x ou plus	2 à 3x	1x	jamais
Combien de fois par semaine pratiquez-vous un exercice facile (provoquant un léger essoufflement)? Par exemple: marche rapide, marche longue, danse, jardinage, nettoyage d'appartement, vélo (sans montée et à un rythme détendu), montée d'escalier, sports légers, etc. Les jours où vous pratiquez ces activités, quelle en est la durée moyenne? minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois par semaine pratiquez-vous un exercice qui vous fait transpirer ? Par exemple: jogging, tennis/ badminton/squash, cours de gymnastique (y.c. aquagym), aviron, sport d'équipe, natation, escalade, patinage en ligne, courses en montagne de plusieurs heures, etc. L'entraînement à l'endurance sur des engins tels que les simulateurs de parcours (stepper, tapis de marche, vélo d'appartement, cross trainer, rameur d'appartement, et.) entre également dans cette catégorie. Les jours où vous pratiquez ces activités, quelle en est la durée moyenne? minutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois par semaine pratiquez-vous de l'entraînement à la force dans un centre de fitness ou à domicile? Par exemple: entraînement au poids, musculation, entraînement de résistance, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combien de fois par semaine pratiquez-vous un exercice de relaxation ? Par exemple: yoga, training autogène, relaxation musculaire progressive, méditation, tai-chi, qi gong, Pilates, massages, bains d'herbes médicinales, bains de mousse ou de vapeur, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consommation d'alcool

Situation actuelle

Combien de fois prenez-vous des boissons alcoolisées?

- Jamais
- 1 x par mois ou moins
- 2 à 4 x par mois
- 2 à 3 x par semaine
- 4 x par semaine ou davantage

Quel est le nombre approximatif d'unités que vous consommez les jours où vous buvez?

- 1 à 2
- 3 à 4
- 5 à 6
- 7 à 9
- 10 ou plus

**Une unité de 10g d'alcool est
contenue dans:**

1 verre de bière/cidre (3 dl)
1 verre de cocktail (2 à 3 dl)
1 verre de vin/de champagne (1dl)
1 petit verre de liqueur (0.3 à 0.4dl)
1 petit verre d'eau-de-vie (0.2 dl)

Combien de fois consommez-vous quatre unités ou plus en une seule occasion (p.ex. lors d'une soirée, d'une fête)?

- jamais
- moins d'une fois par mois
- une fois par mois
- une fois par semaine
- tous les jours ou presque

Stress et contraintes

Situation actuelle

Pour moi, cet énoncé convient ... (dans chaque ligne, veuillez cocher une croix dans le carré correspondant la case qui reflète votre opinion)

	tout à fait	passablement	pas tellement	pas du tout
En général je sais surmonter les problèmes et les difficultés qui se présentent à moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il y a des problèmes que je n'arrive pas à surmonter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans ma vie je me sens ballotté de tous côtés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes permettent de délimiter vos problèmes.
(veuillez cocher ce qui convient, réponses multiples possibles)

Au quotidien, j'ai souvent de la peine avec:

- les délais, le manque de temps, le fait de me sentir bousculé
- des charges familiales trop lourdes (p.ex. dans le ménage, les soins à des proches)
- des problèmes avec mon conjoint/partenaire
- des problèmes graves et insolubles avec les enfants (p. ex. en rapport avec l'éducation ou l'école)
- des soucis financiers (p. ex. le paiement du loyer, de mensualités, de primes d'assurance)
- des conditions ou des horaires de travail insatisfaisants (p. ex. un environnement bruyant, le travail par roulement)
- les tensions au poste de travail (p. ex. avec des collègues, des supérieurs, ou des clients)
- le manque de reconnaissance pour mon effort au travail
- la peur de perdre mon travail
- mes conditions de logement qui sont insatisfaisantes (p. ex. trop de bruit, pas assez d'espace, une situation défavorable etc.)

Dans l'ensemble, j'estime que le degré de contrôle de ma situation quotidienne et de ma vie est
(veuillez cocher ce qui convient)

- élevé assez élevé assez bas bas
-

Autres thèmes concernant la santé

En matière de santé, y a-t-il d'autres sujets auxquels vous vous intéressez particulièrement ou qui vous préoccupent (non évoqués ci-dessus)?

4. Autres facteurs exerçant une influence sur votre santé

Facteurs possibles

Dans cette étape, il s'agit d'évaluer la potentialité **de maladie** que vous risquez de développer dans les domaines suivants: problème cardiovasculaire, accident vasculaire cérébral, cancer de l'intestin, cancer du sein, ostéoporose, diabète.

<i>Pour chaque ligne, veuillez mettre cocher la case appropriée (*):</i>	oui	non	je ne sais pas	év. valeurs mesurées
Votre tension artérielle est-elle trop élevée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	> 140/90 mmHg
Les valeurs de cholestérol (lipides sanguins) sont-elles trop élevées?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	> 4.1 mmol/l pour LDL
Vos valeurs glycémiques (sucres sanguins) sont-elles trop élevées?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	> 7.0 mmol/l pp

Parmi les **maladies** suivantes, lesquelles apparaissent à plusieurs reprises **dans votre famille**?

<i>Pour chaque ligne, veuillez cocher la case appropriée:</i>	oui	non	je ne sais pas
Maladies cardiovasculaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer de l'intestin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer du sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostéoporose (fragilité osseuse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres maladies: _____			

5. Ce que vous voudriez modifier

Après avoir répondu à toutes ces questions, vous entrevoyez peut-être déjà quelques possibilités de changement. Le tableau suivant vous permet de les préciser, ainsi que le délai que vous vous accordez pour y arriver.

Intention de changement?	Consommation active/passive de tabac	Poids corporel	Alimentation	Exercice physique	Consommation d'alcool	Stress et contraintes	Autres sujets relatifs à la santé (lesquels?)
Oui, je veux changer quelque chose dans les 30 prochains jours.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, je veux y réfléchir les 6 prochains mois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non, je ne veux rien modifier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour quelle raison? _____							

6. Vos expériences en remplissant le questionnaire

Remplir ce questionnaire vous a peut-être déjà fait entrevoir des possibilités de changement.

Sur la page suivante (au verso de la page de couverture) vous trouverez **quelques questions et thèmes de réflexion** susceptibles de vous avoir traversé l'esprit à cette occasion. Cet espace peut vous servir à prendre des **notes** en vue d'une discussion avec votre médecin lors de la prochaine consultation.

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire!

Veuillez le prendre avec vous pour la prochaine consultation.