



QUESTIONNAIRE MEDICAL

CONFIDENTIEL



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

L'objet de ce questionnaire est d'obtenir des renseignements sur votre état de santé actuel et passé et de fournir au médecin des informations à ce sujet.

La finalité de ce questionnaire confidentiel est de permettre au médecin de se concentrer sur les aspects médicaux qui vous concernent personnellement et de prévoir des examens bien ciblés. Veuillez remplir consciencieusement ce questionnaire chez vous, et le rapporter le jour de votre examen. Si vous n'êtes pas certain de la manière de répondre à l'une ou l'autre question, laissez la de côté, vous en parlerez au médecin le jour de l'examen

Si vous avez déjà participé à un check-up dans le passé, remplissez essentiellement les informations qui ont changé depuis.

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

Matricule Sécurité Sociale :

Adresse privée :

.....

Employeur :

Profession :

Date d'entrée dans la société :

Médecin traitant :

NB : Pour la partie médicale si votre réponse est « oui », noircissez la case et utilisez la colonne pour vos commentaires, si la réponse est non laissez la case en blanc.

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Antécédents personnels :

* Avez-vous ou avez-vous eu dans le passé des maladies importantes ayant nécessitées un traitement ? Si oui précisez lesquelles :

➤	Maladies	➤	Date

* Avez vous eu des interventions chirurgicales? Si oui précisez lesquelles :

➤	Interventions chirurgicales	➤	Date

* Avez vous des allergies? Si oui précisez lesquelles :

.....
.....

*Avez-vous des maladies pour lesquelles vous êtes sous traitement chronique ? Si oui précisez lesquelles : (par ex : hypertension, diabète, cholestérol, ostéoporose)

.....
.....



Antécédents Familiaux

	OUI	Commentaire
*Prenez vous de façon régulière des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	
○ Somnifères	<input type="checkbox"/>
○ Tranquillisants	<input type="checkbox"/>
○ Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>
○ Antihypertenseurs	<input type="checkbox"/>
○ Antidiabétiques	<input type="checkbox"/>
○ Médicaments pour le cholestérol	<input type="checkbox"/>
○ Médicaments pour le cœur	<input type="checkbox"/>
○ Médicaments pour l'estomac	<input type="checkbox"/>
○ Médicaments pour les poumons	<input type="checkbox"/>
○ Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>

*Un membre de votre famille a-t-il souffert ou souffre-t-il des affections suivantes ?
Si oui, veuillez préciser le lien de parenté.

- Infarctus
- Accident vasculaire cérébral(« Attaque ») :
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Hypercholestérolémie
- Cancer du colon (« gros intestin :
- Cancer du sein
- Cancer de l'utérus/ ovaires
- Autres cancers
- Autres maladies.....

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Etat général

	OUI	Commentaire
○ Vous considérez-vous en mauvaise santé ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous pris du poids durant les derniers mois ? Si oui combien ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous perdu du poids durant les derniers mois ? Si oui combien ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez vous des troubles du sommeil ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous ressenti ces derniers temps une fatigue excessive ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous présenté ces derniers temps une perte d'appétit ?	<input type="checkbox"/>
○ Ressentez-vous une oppression ou une douleur dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/>
○ Ressentez vous des palpitations ?	<input type="checkbox"/>
○ Présentez-vous fréquemment des pertes de connaissance/ syncopes ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous des varices ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous une toux persistante ?	<input type="checkbox"/>
○ Autres	<input type="checkbox"/>



Appareil digestif/ Appareil uro-génital

➤ Appareil digestif

	OUI	Commentaire
○ Avez-vous des troubles digestifs ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous des crampes ou des brûlures d'estomac ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous des problèmes de transit (diarrhées, constipation) ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous ou avez-vous eu du sang dans les selles ?	<input type="checkbox"/>
○ Souffrez-vous d'hémorroïdes ?	<input type="checkbox"/>
○ Autres ?	<input type="checkbox"/>

➤ Appareil uro-génital

	OUI	Commentaire
○ Avez-vous des problèmes urinaires ?	<input type="checkbox"/>
○ Avez-vous une incontinence urinaire ?	<input type="checkbox"/>
○ Autres ?	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Appareil locomoteur / Dermatologie / Divers

➤ Appareil locomoteur

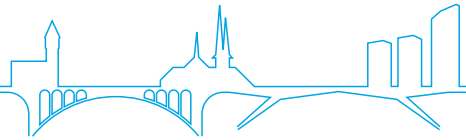
- | | OUI | Commentaire |
|---|--------------------------|-------------|
| ○ Souffrez-vous de douleurs articulaires? | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Souffrez-vous de douleurs du dos ? Si oui à quel niveau ? | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Autres | <input type="checkbox"/> | |

➤ Dermatologie

- | | OUI | Commentaire |
|---|--------------------------|-------------|
| ○ Avez-vous des grains de beauté qui se sont modifiés récemment ? | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Avez-vous noté une modification au niveau de votre peau ? | <input type="checkbox"/> | |
| ○ Autres | <input type="checkbox"/> | |

➤ Stress

- *Avez-vous remarqué une modification de votre caractère? Oui Non
- *Vous sentez-vous déprimé(e)? Oui Non
- *Avez-vous des difficultés dans votre vie professionnelle? Oui Non
- *Avez-vous des difficultés dans votre vie personnelle? Oui Non



Gynécologie (Questionnaire concernant seulement les femmes)

➤ Gynécologie

	Oui	Commentaire
*Consultez-vous annuellement un gynécologue ?	<input type="checkbox"/>
○ Date du dernier frottis		
○ Date de la dernière mammographie		
*Avez-vous eu des grossesses?	<input type="checkbox"/>
○ Nombre de grossesses :		
○ Nombre d'enfants :		
*Avez-vous eu des problèmes durant vos grossesses?	<input type="checkbox"/>
*Etes-vous ménopausée ?	<input type="checkbox"/>
Si oui prenez-vous un traitement substitutif ?	
*Etes-vous porteuse de stérilet?	<input type="checkbox"/>
*Prenez-vous une contraception orale?	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE SUR VOTRE QUALITE DE VIE

Tabac / Alcool / Activité physique

➤ **Tabac**

*Etes-vous fumeur ? Oui Non

Si oui : depuis combien de temps ?

Nombre de cigarettes ou de cigares/ jour :

Avez-vous déjà arrêté ? Combien de fois ?

* Etes-vous ancien fumeur ? Oui Non

Si oui : Date d'arrêt :.....

*Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Oui Non

➤ **Alcool**

*Consommez-vous de l'alcool de façon : Journalière Hebdomadaire Occasionnelle

Ressentez-vous le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?

Oui Non .

➤ **Activité physique**

*Pratiquez-vous une activité physique? Oui Non

Si oui : la ou lesquelles ?

A quel rythme ?.....

*Utilisez-vous les escaliers au lieu de l'ascenseur? Oui Non

*Souhaitez-vous améliorer vos performances physiques? Oui Non



➤ Alimentation

*En ce qui concerne les repas, prenez-vous :

- un petit déjeuner : Jamais Parfois Toujours
- un repas de midi : Jamais Parfois Toujours
- un repas du soir : Jamais Parfois Toujours

*Mangez-vous :

	Tous les jours	1x par semaine	2x par semaine	3x par semaine	Jamais
○ Fruits-Légumes					
○ Poisson					
○ Viande blanche					
○ Laitage					
○ Sandwich					
○ Plats préparés					
○ Sucreries/pâtisseries					

*Buvez-vous du ? :

- Jus de fruit : Jamais Parfois Toujours
- Soda : Jamais Parfois Toujours
- Lait : Jamais Parfois Toujours

*Etes-vous végétarien? Oui Non

* Grignotez-vous entre les repas? Oui Non

*Faites-vous des repas d'affaire ? Oui Non

Si oui combien par semaine ?.....

*Souhaitez-vous perdre du poids ? Oui Non

*Souhaitez-vous mieux vous nourrir ? Oui Non

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Stress / Autres

➤ Divers

Veillez vous munir de votre carnet de vaccination

Avez-vous d'autres sujets qui vous préoccupent ?

.....
.....
.....

➤ Autres

*Souffrez-vous de ? :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Bourdonnements d'oreille | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Migraines | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Vertiges | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Troubles de la digestion | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Démangeaisons | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Fourmillements dans les membres | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Troubles de la mémoire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Ballonnements/nausées | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

QUESTIONNAIRE MEDICAL

REMARQUES

Association pour la Santé au Travail
du Secteur Financier
15-17 Avenue Gaston Diderich
L-1420 Luxembourg
tél: 22 80 90-1
fax: 22 80 81



[www . astf . lu](http://www.astf.lu)