

6. Quelles maladies, troubles de la santé ou infirmités avez-vous actuellement ?

Voici une liste pour vous aider à répondre :

	DONNER LE NOM PRECIS DE LA MALADIE ↓	Depuis quelle année en êtes-vous atteint ?	Avez-vous traité cette maladie au cours des 12 derniers mois ?	
			OUI	NON
1. Insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, angine de poitrine, infarctus du myocarde, valvulopathie			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2. Tension artérielle élevée (<i>quels chiffres avant traitement ?</i>)			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Maladie des artères : artérite (ne pas confondre avec l'arthrite qui est une maladie des articulations à noter en 6)			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Antécédent d'accident vasculaire cérébral ayant laissé des séquelles : paralysie ou hémiplégié (ou attaque)			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Varices, ulcères de jambes			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6. Lumbago, sciatique, arthrose, douleurs des articulations, arthrite aiguë (<i>indiquer la région douloureuse</i>), ostéoporose			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
7. Bronchite chronique, asthme, emphysème, tuberculose pulmonaire			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
8. Sinusites, otites, angines fréquentes			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9. Maladie de la bouche et des dents : gingivite, déchaussement des dents, caries, saignement des gencives, etc.			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10. Eczéma, acné, psoriasis, mycose, autres maladies de la peau			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
11. Maux d'estomac, ulcère d'estomac			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
12. Hépatite, cirrhose, calculs biliaires			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
13. Troubles de l'intestin, diarrhées, colite, constipation			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
14. Calculs urinaires, cystite, maladie des reins			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
15. Troubles des règles ou de la ménopause, fibrome donnant des troubles. Maladies de la prostate et de l'appareil génital			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
16. Syphilis, blennorragie, trichomonase, autres maladies vénériennes ou sexuellement transmissibles			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
17. Diabète, hyper ou hypo thyroïdie, goitre, obésité			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
18. Tremblements, parkinson, autres maladies du système nerveux			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
19. Migraine, maux de tête fréquents (<i>d'un seul côté ou des 2 ?</i>)			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
20. Myopie, presbytie, strabisme, glaucome, cataracte			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
21. Troubles de l'audition : baisse de l'audition progressive ou perte de l'audition (uni ou bilatérale, totale ou partielle ?)			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
22. Infirmité, handicap de naissance : cécité, surdité, luxation congénitale de la hanche, trisomie, débilité, etc.			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
23. Handicap acquis : amputation, hernie (<i>précisez où</i>), incontinence (urinaire ou fécale), handicap mental			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
24. Troubles du sommeil			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
25. Dépression, états dépressifs fréquents, autres troubles psychiques			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
26. Tumeurs bénignes, malignes, cancers (<i>précisez où</i>), leucémie			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
27. Autre maladie non relevée ci-dessus dont vous êtes atteint en ce moment : grippe, maladie infantile, bronchite, angine, rhino-pharyngite, fracture, entorse, plaies...			<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

7. Souffrez-vous fréquemment de douleurs ?

₁ oui, très importantes ₂ oui, importantes ₃ oui, peu importantes ₄ non

Si vous souffrez de douleurs, pouvez-vous en préciser la cause :

8. Suivez-vous actuellement un régime alimentaire qui vous a été prescrit pour des raisons médicales ? ₁ oui ₂ non

9. Si oui, est-ce pour :

- le cholestérol ?	<input type="checkbox"/> ₁ oui <input type="checkbox"/> ₂ non	- maigrir ?	<input type="checkbox"/> ₁ oui <input type="checkbox"/> ₂ non
- le diabète ?	<input type="checkbox"/> ₁ oui <input type="checkbox"/> ₂ non	- une autre raison ?	<input type="checkbox"/> ₁ oui <input type="checkbox"/> ₂ non
- le cœur ou la tension ?	<input type="checkbox"/> ₁ oui <input type="checkbox"/> ₂ non	<i>si oui, précisez laquelle</i>	

10. Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé ? (ou celui de la personne pour qui vous remplissez ce questionnaire)

(0 = en très mauvaise santé , 10 = en excellente santé) | | |

Et maintenant, quelques questions à propos de l'asthme

11. Avez-vous déjà eu de l'asthme à un moment quelconque de votre vie ? ₁ oui ₂ non
Si non, allez à la question 25
12. Si oui, votre asthme a-t-il été confirmé par un médecin ? ₁ oui ₂ non
13. A quel âge avez-vous eu votre 1^{re} crise d'asthme ? |_____| ans
14. A quand remonte votre dernière crise d'asthme ? (indiquez le mois et l'année)..... |__|__|/|1|9|__|__|
15. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments contre l'asthme ?
(y compris produits à inhaler, aérosols, comprimés...)
- ₁ oui, tous les jours, n'oubliez pas de bien reporter votre traitement en question 32
₂ oui, en cas de besoin seulement (lors des crises d'asthme)
₃ oui, pendant les périodes où je risque de faire une crise (médicaments à but préventif)
₄ non, aucun traitement depuis plus d'un an
16. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une ou plusieurs crises d'asthme ou crises de gêne respiratoire ?
- ₁ oui ₂ non
17. Si oui, quelle est la fréquence de ces crises ou manifestations ?
- ₁ 1 à 3 par an ₃ 1 à 3 par mois ₅ 1 ou 2 par jour
₂ 1 à 2 par trimestre ₄ 1 à 6 par semaine ₆ en permanence
18. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des crises ou des manifestations d'asthme la nuit ?
- ₁ oui ₂ non
19. Si oui, quelle est la fréquence de ces manifestations ?
- ₁ moins de 2 fois par mois ₂ 2 à 4 fois par mois ₃ 2 à 4 fois par semaine ₄ presque toutes les nuits
20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été gêné dans vos activités entre les crises d'asthme ?
- ₁ oui ₂ non
21. Si oui, ces gênes ont-elles été jusqu'à limiter vos activités physiques (marche, sport...) ? ₁ oui ₂ non
22. Avez-vous été hospitalisé pour une crise d'asthme au cours de ces 12 derniers mois ? ₁ oui ₂ non
23. Au cours de votre vie, avez-vous été hospitalisé en service de réanimation pour asthme ? ₁ oui ₂ non
24. Si oui, indiquez l'année de la dernière hospitalisation en réanimation pour asthme : |1|9|__|__|

Quelques questions maintenant sur votre état dentaire et le port de prothèses

25. Avez-vous ?
- ₁ toutes vos dents intactes, en bon état ?
₂ toutes vos dents, dont certaines ont dû être traitées ou remplacées ?
₃ perdu une partie de vos dents, mais il vous en reste assez pour mastiquer les aliments sans nécessiter de prothèse dentaire ?
₄ perdu toutes ou presque toutes vos dents ?
26. Portez-vous ?
- | | | | |
|--|---|---|---|
| des lunettes | <input type="checkbox"/> ₁ oui | <input type="checkbox"/> ₂ non | } ⇒ Si oui, précisez la nature du trouble visuel ↓
..... |
| des lentilles | <input type="checkbox"/> ₁ oui | <input type="checkbox"/> ₂ non | |
| une prothèse auditive | <input type="checkbox"/> ₁ oui | <input type="checkbox"/> ₂ non | |
| une prothèse dentaire fixe (couronne, bridge...) | <input type="checkbox"/> ₁ oui | <input type="checkbox"/> ₂ non | |
| une prothèse dentaire amovible (dentier) | <input type="checkbox"/> ₁ oui | <input type="checkbox"/> ₂ non | |
- une autre prothèse (ex. hanche, pile pour le cœur) ... ₁ oui ₂ non ⇒ Si oui, laquelle ?
27. Vous êtes-vous fait poser, au cours des 12 derniers mois, une ou plusieurs prothèse(s) dentaire(s) ?
- ₁ oui ₂ non
28. Si oui, combien de couronne(s) |__|, de bridge(s) |__|, de dentier(s) |__| ?
29. Combien avez-vous payé pour l'ensemble de ces prothèses dentaires ?|__|__|__|__|__| francs
30. Quel est le montant qui est resté à votre charge pour l'ensemble de ces prothèses dentaires après remboursement par la Sécurité sociale et, éventuellement, par votre mutuelle ou assurance : ..|__|__|__|__|__| francs

