

VOTRE BIEN-ETRE

Contacts sociaux

Y a-t-il, dans votre entourage quelqu'un (ami, famille, voisin) à qui vous vous confiez, parlez, librement de vos problèmes ? oui / non

Votre alimentation :

Vous trouvez votre poids *trop élevé / trop bas / bon*

Suivez-vous un régime particulier ? oui / non Si oui lequel :

Souhaitez-vous des conseils concernant votre alimentation ? oui / non

Pratiquez-vous du sport ?

oui / non

Si oui, lequelh/semaine

Combien d'heures passez-vous devant un écran (ordi, TV, GSM, ...)H/jour

Consommez-vous :

du tabac non - paquets/semaine

du cannabis non - /semaine

d'autres drogues non - /semaine

de l'alcool non - verres/semaine

Votre consommation vous semble-t-elle problématique ? oui / non

Souhaitez-vous en parler : oui / non

Comment trouvez-vous votre état de santé général ?

bon

moyen

mauvais

Si un jour durant vos études vous avez besoin d'un renseignement, de conseils, n'hésitez surtout pas à venir nous voir. Nous ferons tout notre possible pour vous aider au mieux.

Nous vous remercions pour votre collaboration.

L'équipe de Médi-Ferrer



QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Nous vous demandons de bien vouloir consacrer 5 minutes pour compléter ce questionnaire. Celui-ci est tout à fait **CONFIDENTIEL**. Il est destiné à répondre à vos inquiétudes, à vos questions, concernant votre santé et à vous aider efficacement dans vos demandes diverses. Il facilitera le bilan de santé que nous ferons ensemble lors de votre visite médicale.

Nom, prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Date de naissance :/...../19..... N° de GSM :

E-mail :@.....

Nationalité : Pays de naissance :

Vous vivez en Belgique depuis : la naissance / le/...../.....

Vous vivez : avec
 seul(e)

Etablissement scolaire fréquenté l'an passé :

Exercez-vous un job d'étudiant durant l'année scolaire : oui / non

Si oui quel type de job : Nombre h/semaine :h

Je travaille : le soir : oui/non
le weekend : oui /non
la nuit : oui / non

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Votre père est né en 19..... Quelle est sa profession ?

Son état de santé est bon moyen mauvais

Votre mère est née en 19..... Quelle est sa profession ?

Son état de santé est bon moyen mauvais

Nombre de frères : ... sont-ils en bonne santé : *oui / non*

Nombre de sœurs : ... sont-ils en bonne santé : *oui / non*

Avez-vous des enfants oui/non si oui combien :

Quel est leur état de santé :

VOTRE ETAT DE SANTE

Vaccination

Votre dernier rappel contre le tétanos (Boostrix[®], Tedivax, Revaxis) date de

Souhaitez-vous vous mettre en ordre de vaccinations tétanos : oui / non

Avez-vous souffert :

- De problèmes respiratoires (asthme, pneumonie, bronchite, tuberculose, ...) oui / non
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De problèmes cardiaques et/ou vasculaires : oui / non
(malformation cardiaque, hypo-, hypertension,...)
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De problèmes digestifs (maux de ventre, diarrhées, hépatite, ...) oui / non
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De problèmes urinaires et/ou génitaux : oui / non
(cystites, mycoses, calculs urinaires, ...)
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- D'infections sexuellement transmissibles (Herpès, Chlamydia, ...) oui / non
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De troubles de la vue oui / non
Si oui sont-ils corrigés par des lunettes / lentilles
- De problèmes de nez, gorge, oreilles oui / non
(angines fréquentes, otites, sinusites, déficience auditive, vertiges, ...)
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De problèmes musculaire, des os et des articulations oui / non
(accidents sportifs, fractures, ...)
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De problèmes neurologiques (épilepsie, méningite, maux de tête, ...) oui / non
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De problèmes de peau (acné, naevus, mycose, eczéma, psoriasis,...) oui / non
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De problèmes endocriniens (diabète, hypo-, hyperthyroïdie, ...) oui / non
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non
- De problèmes au sang, aux ganglions, à la moelle osseuse oui / non
(anémie, hémorragies, phlébites, varices,...)
Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non

➤ De maladies tropicales (malaria,...) oui / non

Si oui lesquels : ont-ils été traités : oui / non

Souffrez-vous encore actuellement d'un problème de santé : oui / non

Si oui lequel :

Quel est votre traitement actuel :

Nom de votre médecin traitant :

Quelles interventions chirurgicales avez-vous subies ? En quelle année ?

..... en

..... en

..... en

Etes-vous allergique (asthme, rhume des foins, eczéma, urticaire, ...) : oui / non

Si oui quel type d'allergie : depuis : années

Utilisez vous un ou plusieurs moyen de contraception : oui / non

Si oui lesquels ?

Savez-vous où vous procurer un moyen contraceptif ? oui / non

Consultez vous régulièrement un gynécologue ? (pour les ♀) oui / non

Souhaitez-vous des renseignements concernant la contraception,
la sexualité ou les infections sexuellement transmissibles ? oui / non

Désirez-vous discuter avec le médecin d'un problème particulier ? oui / non

(nervosité, découragement, difficultés de concentration, idées noires, gestion du stress,
difficultés relationnelles avec les parents, les enseignants ou les autres jeunes, ...)

Si oui, lesquels

Avez-vous (eu) des problèmes psychologiques ? oui / non

(dépression, anxiété anormale, difficultés d'endormissement, perte d'appétit, boulimie,...)

Si oui lesquels : êtes-vous aidé : oui / non