

## VOTRE BIEN-ETRE

### Contacts sociaux

Y a-t-il, dans votre entourage (amical, familial, voisinage) **une personne de confiance à qui vous pouvez vous confier**, parler librement ? ☐ oui / ☐ non

### Votre alimentation

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

Suivez-vous un régime particulier ? ☐ oui ..... ☐ non

Comment trouvez-vous votre poids ? ☐ bon ☐ trop bas ☐ trop élevé

### Arrivez-vous à « bouger » de manière régulière ? ☐ oui / ☐ non

De quelle manière ? ..... h/semaine

### Trouvez-vous votre utilisation des écrans problématique ? (ordi, TV, GSM) ☐ oui / ☐ non

### Consommez-vous :

☐ du tabac ☐ du cannabis ☐ de l'alcool ☐ autres .....

Ressentez-vous votre consommation comme problématique ? ☐ oui / ☐ non

Avez-vous des questions à ce sujet ? ☐ oui / ☐ non .....

### Comment ressentez-vous votre état de santé global (physique, mental & social) ?

☐ bon ☐ moyen ☐ mauvais

Si un jour durant vos études à l'HEFF/ARBA-ESA vous avez **besoin d'un renseignement ou de conseils à propos de votre santé** (physique, mentale ou sociale) n'hésitez pas à venir nous voir en prenant rendez-vous par mail à :

**[heff.medi@he-ferrer.eu](mailto:heff.medi@he-ferrer.eu)**

\* Toutes les personnes qui participent à l'organisation du programme de vaccination se sont engagées à se conformer à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements des données à caractère personnel (et à ses arrêtés d'exécution) ainsi qu'aux dispositions relatives au secret professionnel et médical. Toute demande de suppression de la banque de données vaccinales peut être introduite par courrier à la Direction générale de la Santé de la FWB. Le texte de la délibération du Comité sectoriel social et santé et de la Commission de la protection de la vie privée consultable sur le site <https://www.e-vax.be>

## QUESTIONNAIRE MEDICAL CONFIDENTIEL

Nous vous proposons de compléter ce questionnaire destiné à faciliter le bilan de santé et répondre à vos interrogations.

**Le consentement est important pour nous, sentez-vous libre de ne pas répondre à toutes les questions.**

Tout échange verbal et/ou écrit est soumis au **secret professionnel**.

**Nom** ..... **Prénom** .....

**Prénom d'usage** .....

**Adresse** .....

**E-mail privé** .....

**Date de naissance** ..... / ..... / ..... **GSM** ..... / .....

**Nationalité** ..... **Pays de naissance** .....

**Etablissement scolaire fréquenté l'an passé** .....

**Vous vivez en Belgique depuis** ☐ la naissance

☐ le ..... / ..... / .....

Avez-vous des questions à propos du système de santé Belge ? ☐ oui / ☐ non

**Vous vivez avec** ☐ ..... ☐ seul·e·x

Avez-vous des enfants ? ☐ oui / ☐ non

**Exercez-vous un job étudiant / travail durant l'année scolaire ?** ☐ oui / ☐ non

Quel type de travail ? ..... h/semaine

Je travaille ☐ le soir ☐ le weekend ☐ la nuit

## VOS ANTECEDENTS FAMILIAUX

**Y a-t-il des antécédents médicaux importants à connaître ?**

**Parents** .....

**Frères/sœurs** .....

## VOTRE ETAT DE SANTE

### Vaccination\*

Dernier rappel contre le tétanos (Boostrix<sup>®</sup>, Tedivax, Revaxis) le .... / .... / .....

Souhaitez-vous vous mettre en ordre de vaccination de tetanos ? ☐ oui / ☐ non

### Avez-vous souffert de...

- problèmes respiratoires (asthme, pneumonie, bronchite, tuberculose, ...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes cardiaques et/ou vasculaires (malformation cardiaque, tension, ,...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes digestifs (maux de ventre, diarrhées, hépatite, ...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes urinaires et/ou génitaux (cystites, mycoses, calculs urinaires, ...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- infections sexuellement transmissibles (Herpès, Chlamydia, ...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- troubles de la vue ?  
Lesquels ? ..... Corrigés par lunettes / lentilles ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes de nez/gorge/oreilles (angines , otites, sinusites, déficience auditive, vertiges, ...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes musculaires, des os et des articulations  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes neurologiques (épilepsie, méningite, maux de tête, ...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes de peau (acné, naevus, mycose, eczéma, psoriasis,...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes endocriniens (diabète, hypo-, hyperthyroïdie, ...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- problèmes de sang, ganglions, moelle osseuse (anémie, hémorragies, phlébites, varices,...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non
- maladies tropicales (malaria,...)  
Lesquels ? ..... Ont-ils été traités ? ☐ oui / ☐ non

### Souffrez-vous encore actuellement de problèmes de santé ?

Si oui, lesquels ?

.....

Quel est votre traitement actuel ?

.....

Etes-vous allergique ? (asthme, rhume des foins, eczéma, urticaire, ...)

Quel type ? ..... depuis ..... années

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

- ..... en .....
- ..... en .....

### Avez-vous un médecin-généraliste ? ☐ oui / ☐ non

### Souhaitez-vous des renseignements à propos de :

- ☐ la contraception ☐ où vous procurer un moyen de contraception
- ☐ le cycle & les règles ☐ les infections sexuellement transmissibles
- ☐ autres .....

### Désirez-vous discuter d'un problème particulier en...

👉 **santé physique** : .....

.....

👉 **santé mentale** (nervosité, découragement, difficultés de concentration, idées noires, gestion du stress, difficultés relationnelles avec les parents / l'équipe enseignante / les autres jeunes, dépression, anxiété anormale, difficultés au niveau du sommeil, perte d'appétit, boulimie, ...)

.....

.....

👉 **santé sociale** (difficultés financières pour achats alimentaires, logement, ...)

.....

.....

Avez-vous déjà trouvé de l'aide ? ☐ oui / ☐ non

.....