



## Prendre soin de soi est important

C'est pourquoi entre 18 et 25 ans, il est recommandé de faire le point sur sa santé avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme ou pharmacien). Ce Bilan Prévention, recommandé, est totalement pris en charge par l'assurance maladie.

**Répondez dès à présent au questionnaire ci-dessous afin de préparer votre Bilan Prévention.** *Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions ci-dessous, certaines pourront être abordées directement avec le professionnel de santé si vous le souhaitez.*

### Situation personnelle, environnement social et familial

**Q1 - Vous êtes :**

Une femme                      Un homme  
Autre

**Q2 - Vous êtes :**

En études                      En emploi  
À la recherche d'un emploi  
En cumul étude-emploi  
Autre

**Q3 - Vous habitez :**

Seul(e)                      Chez vos parents  
En couple  
Avec d'autres personnes  
(amis, colocataires, ...)

**Q4 - Avez-vous un ou plusieurs enfants ?**

Oui                      Non

**Q5 - Si oui, êtes-vous seul(e) pour l'élever ou les élever ?**

Oui                      Non

**Q6 - Envisagez-vous d'avoir un enfant dans les 5 prochaines années ?**

Oui                      Non                      Je ne sais pas

**Q7 - Assumez-vous un rôle d'aidant, c'est-à-dire aidez-vous une personne (adolescente ou adulte) de manière régulière et fréquente, en raison de son âge, de la maladie ou d'une situation de handicap ?**

Oui                      Non

**Q8 - En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?**

Oui                      Non

**Q9 - Jugez-vous vos conditions de vie, de travail ou d'étude difficiles/pénibles ?**

Oui                      Non

### Vos antécédents personnels et familiaux

**Q10 - Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ?**

Diabète  
Maladie congénitale  
Allergie(s)  
Cancers  
Maladies respiratoires (asthme...)  
Dépression et/ou troubles anxieux et/ou troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie...)  
Autre(s) maladie(s) :  
Aucune

**Q11 - Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?**

Oui                      Non

**Q12 - À quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?**

Moins de 6 mois                      Plus de 6 mois  
Jamais réalisée

*Merci d'en rapporter les résultats, si possible, lors de votre Bilan Prévention*

**Q13 - Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ?**

*Exemple: diabète, hypertension artérielle, cancer, infarctus, mort subite, hypercholestérolémie familiale, ...*

Oui                      Non                      Je ne sais pas



### Votre état de santé actuel

**Q14 - Suivez-vous actuellement un traitement ?**

Oui Non

Si oui, veuillez amener, si possible, vos ordonnances lors du Bilan Prévention.

**Q15 - Taille :** m

**Q16 - Poids :** kg

**Q17 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?**

Oui, un amaigrissement  
Oui, une prise de poids  
Non

**Q18 - Diriez-vous que la nourriture occupe une place très importante dans votre vie ?**

Oui Non

**Q19 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...)?**

Oui Non

**Q20 - Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?**

Oui Non

### Activité physique, sédentarité et alimentation

**Q21 - Combien de fois par semaine faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques au cours d'une journée (marche, ménage, jogging, vélo, activité physique liée à votre profession, autre activité sportive, ...)?**

Jamais  
1 à 2 fois par semaine  
3 à 4 fois par semaine  
5 à 7 fois par semaine

**Q22 - Concernant votre consommation de fruits et légumes, vous en mangez :**

Au moins 5 portions par jour  
Entre 1 et 4 portions par jour  
De temps en temps  
Rarement  
Jamais

**Q23 - À quelle fréquence consommez-vous des aliments gras/sucrés/salés (exemple : charcuterie, soda, bonbons, pâtisseries, chips, fast-food, glaces) ?**

Plusieurs fois par jour  
Plusieurs fois par semaine  
Une fois par semaine  
Une fois par mois  
Jamais

**Q24 - Combien de temps par jour passez-vous assis(e) ou allongé(e) hors période de sommeil ?**

Moins de 2 heures  
Entre 2 et 4 heures  
Entre 4 et 7 heures  
Plus de 7 heures  
Je ne sais pas

**Q25 - Combien de temps par jour passez-vous devant un écran en dehors des études ou du travail (téléphone portable, télévision, jeux vidéo, ordinateur) ?**

Moins d'une heure  
Entre 1 heure et 2 heures  
Entre 2 et 4 heures  
Plus de 4 heures  
Je ne sais pas



### Vaccins, dépistages et santé sexuelle

**Q26 - Êtes-vous à jour de vos vaccins et rappels de vaccins ?**

*Merci de rapporter, si possible, votre carnet de vaccination lors de votre Bilan Prévention.*

Oui Non Je ne sais pas

**Q27 - Êtes-vous vacciné(e) contre les papillomavirus humains (HPV) ?**

Oui Non Je ne sais pas

**Q28 - Si vous avez 25 ans, avez-vous réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ?**

*Si oui, merci de rapporter, si possible, les résultats de ce dépistage lors de votre Bilan Prévention.*

Oui Non Je ne sais pas

**Q29 - Êtes-vous allée chez le gynécologue dans les 12 derniers mois ?**

Oui Non  
Non concerné(e)

**Q30 - Utilisez-vous un moyen de contraception ?**

Oui Non

**Q31 - Avez-vous des douleurs intenses au bas ventre au moment de la période des règles ?**

Oui Non  
Non concerné(e)

**Q32 - Avez-vous déjà réalisé un dépistage des des infections sexuellement transmissibles ?**

Oui Non Je ne sais pas

**Q33 - Êtes-vous dans l'une des situations suivantes (possibilité de cocher plusieurs réponses) ?**

Plus d'un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois

Souhait d'arrêter le préservatif avec mon nouveau (ou ma nouvelle) partenaire

Mon (ma) partenaire sexuel(le) a eu un (ou plusieurs) diagnostic(s) d'infection sexuellement transmissible (VIH, chlamydia, gonocoque, syphilis...) dans les 12 derniers mois

Rapports sexuels ces 12 derniers mois mais non concerné(e) par une de ces trois situations ci-dessus

Non concerné(e)

### Conduites addictives, consommation de boissons alcoolisées, tabac et autres substances

**Q34 - Au cours de l'année écoulée, concernant votre consommation de boissons alcoolisées :**

Vous buvez plus de 2 verres standards par jour

Vous buvez plus de 10 verres standards par semaine

Vous ne buvez pas de boissons alcoolisées au moins 2 jours dans la semaine

**Q35 - Vous arrive-t-il de consommer rapidement une quantité importante de boissons alcoolisées afin d'obtenir une sensation d'ivresse ?**

Oui Non

**Q36 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?**

Oui, je fume Oui, je vapote  
Non J'ai arrêté

**Q37 - Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ?**

**Cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint ou shit), d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne, etc.) ou du protoxyde d'azote ?**

Oui, du cannabis

Oui, d'autres drogues

Oui, du protoxyde d'azote

Non

**Q38 - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous misé de l'argent pour un jeu (loterie, poker, ...), un pari (sportif, hippique, ...) ?**

Oui, souvent

Oui, de temps en temps

Oui, rarement

Non



**Santé et bien-être mental, violences**

**Q39 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?**

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non
- Vous prenez des somnifères

**Q40 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :**

- Moins de 6h par nuit
- Entre 6h et 10h par nuit
- 10h ou plus par nuit

**Q41 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension ?**

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de sept jours
- Presque tous les jours

**Q42 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes ?**

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de sept jours
- Presque tous les jours

**Q43 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?**

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de sept jours
- Presque tous les jours

**Q44 - Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé un sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir ?**

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de sept jours
- Presque tous les jours

**Q45 - Avez-vous déjà eu des idées noires/ suicidaires ou fait une tentative de suicide ?**

- Oui, des idées noires/suicidaires
- Oui, une ou des tentatives de suicide
- Non

**Q46 - Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (menaces, chantage, humiliations, coups, mutilations, ...), harcèlements, discrimination, soumission chimiques ou drogues sans consentement (ex : GHB) .... ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**Précisions complémentaires concernant votre santé**

**Q47 - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?**

- Mieux dormir
- Améliorer mon alimentation et bouger plus
- Réduire ou arrêter ma consommation de tabac
- Réduire ou arrêter ma consommation d'alcool

- Améliorer mon bien-être mental, réduire mon stress ou mon anxiété
- Passer moins de temps devant un écran ou mon téléphone
- Mieux m'informer sur les dépistages concernant ma tranche d'âge

**Q47 bis - Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan prévention ?**



## Les bons conseils pour prendre soin de soi



### Bouger davantage

30 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée.

[50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus](#)



### Manger sainement

Fruits et légumes ; moins de gras, de sel et de sucres ; poissons 2 fois par semaine ; produits frais cuisinés à la maison...

[50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus](#)



### Réduire son stress

Respirer, en parler à ses proches, lister mes besoins, prioriser...

[Santé Mentale Info](#)



### Préserver sa santé mentale

La santé mentale est indispensable à votre bien-être.

[Santé Mentale Info](#)



### Arrêter le tabac

Utiliser des substituts nicotiniques et se faire aider par un professionnel de santé.

Besoin de soutien ? [Tabac Info Service](#)



### Maîtriser l'alcool

2 verres par jour, soit 10 par semaine, au maximum avec 2 jours sans alcool.

Besoin de soutien ? [Alcool Info Service](#)



### Bien dormir

Se coucher et se lever à heure fixe, réserver la chambre au sommeil, éviter les écrans...

[10 recommandations de nos médecins du sommeil](#)



### Lutter contre les violences

Les violences ont toutes des conséquences importantes. Pour être écouté, informé ou orienté, appeler le 3919.

[Arrêtons les violences](#)



### Dépister les cancers

Chez les femmes, le dépistage du cancer du col de l'utérus, c'est tous les 5 ans chez votre médecin ou sage-femme ! À partir de 50 ans, je pense à faire le test de dépistage du cancer colorectal (et la mammographie si je suis une femme).

[Contre les cancers, vos conseils dépistage](#)

Je me rends sur [sante.fr](https://sante.fr) pour prendre rendez-vous avec un professionnel de santé et bénéficier de conseils personnalisés et d'actions de prévention adaptées, me permettant d'améliorer mon état de santé.

Ce Bilan Prévention est pris en charge à 100% par l'assurance maladie.

Si possible lors de mon bilan, je rapporte mes informations de vaccinations ainsi que mes derniers résultats d'analyses (sanguines, urinaires...) et de dépistage.