

Bilan de prévention à 50 ans : Questionnaire patient

Document à remplir en salle d'attente, à reprendre avec le pharmacien

Le patient remplit seul ce questionnaire en salle d'attente, avant l'entretien.
Le pharmacien reprend chaque section avec le patient, complète si besoin et note les points d'attention.
Les réponses servent à structurer l'entretien et à orienter les conseils personnalisés.

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom et prénom _____ Date de naissance _____ Sexe _____

Médecin traitant _____ Poids _____ Taille _____

Avez-vous un antécédent de diabète ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous un antécédent d'hypertension artérielle ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous un antécédent de cholestérol élevé ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous un antécédent d'asthme ou de BPCO ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous un antécédent de cancer ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous des allergies médicamenteuses ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquelles

Avez-vous déjà été opéré(e) ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez lesquelles et quand

Avez-vous d'autres antécédents médicaux ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez

Reprendre chaque antécédent coché avec le patient et noter la date de diagnostic et le suivi en cours. En cas d'allergie, vérifier la nature de la réaction et la molécule en cause avant toute délivrance.

2. HABITUDES DE VIE

Fumez-vous ou avez-vous fumé ?

☐ Jamais ☐ Ancien fumeur ☐ Actuellement

Si actuellement : combien de cigarettes par jour ?

☐ Moins de 10 ☐ 10 à 20 ☐ Plus de 20

Buvez-vous des boissons alcoolisées ?

☐ Jamais ☐ Occasionnellement ☐ Régulièrement

Si oui : combien de verres par semaine ?

☐ 1 à 2 ☐ 3 à 4 ☐ 5 à 6 ☐ 7 et plus

Mangez-vous des fruits et légumes ?

☐ Tous les jours ☐ 4 à 6 fois/semaine ☐ 1 à 3 fois/semaine ☐ Moins souvent

Ajoutez-vous du sel à table ou en cuisine ?

☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Consommez-vous des boissons sucrées ou des aliments gras/sucrés ?

☐ Jamais ☐ 1 à 2 fois/semaine ☐ 3 fois et plus/semaine

Pratiquez-vous une activité physique (marche, vélo, sport) ?

☐ Jamais ☐ 1 à 2 fois/semaine ☐ 3 fois et plus/semaine

Combien de temps dormez-vous en moyenne par nuit ?

☐ Moins de 6 heures ☐ 6 à 8 heures ☐ Plus de 8 heures

Votre sommeil est-il réparateur ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires ou précisions

Repère : au moins 10 minutes d'activité d'endurance par jour, 2 fois par semaine de renforcement musculaire. Pour l'alcool, un verre standard = 10 g d'alcool pur ; au-delà de 10 verres par semaine, proposer une évaluation.

3. DÉPISTAGES ORGANISÉS

Avez-vous réalisé un test de dépistage du cancer colorectal (test immunologique) au cours des 2 dernières années ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous réalisé une mammographie au cours des 2 dernières années ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous réalisé un frottis cervico-utérin ou un test HPV au cours des 3 dernières années ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Date du dernier dépistage

Avez-vous reçu une invitation de l'Assurance Maladie pour un dépistage organisé ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous déjà eu un résultat anormal à un dépistage ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Dépistage colorectal : test immunologique tous les 2 ans de 50 à 74 ans. Mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans. Frottis/HPV : tous les 3 ans de 25 à 65 ans, puis tous les 5 ans après 65 ans. En cas de doute sur les dates, proposer au patient de vérifier son carnet de santé ou son espace numérique.

4. STATUT VACCINAL

Vos vaccinations sont-elles à jour ? Cochez la case correspondant à chaque vaccin. Si vous ne savez pas, le pharmacien pourra vérifier avec votre carnet de vaccination.

Vaccination contre le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite et la coqueluche (dTcaP) à jour ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Vaccination contre la grippe saisonnière à jour ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Vaccination contre la Covid-19 à jour ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Vaccination contre le pneumocoque à jour ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Vaccination contre le zona à jour ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

☐ Hépatite B

☐ ROR (rougeole, oreillons, rubéole)

☐ HPV (papillomavirus)

☐ Hépatite A

☐ Méningocoques

☐ Autres (préciser)

Date de votre dernier rappel dTcaP (si connu) :

Date de votre dernière vaccination contre la grippe :

Date de votre dernière vaccination contre la Covid-19 :

Rappels dTcaP recommandés à 25, 45 et 65 ans. À 50 ans, vérifier que le rappel de 45 ans a bien été fait. Vaccination contre le zona (Shingrix, 2 doses) et contre le pneumocoque recommandées à partir de 65 ans ; les proposer si des facteurs de risque sont présents. Le pharmacien peut consulter le carnet de vaccination et proposer les vaccinations manquantes.

5. SANTÉ MENTALE

Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré ?

☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Avez-vous perdu le plaisir ou l'intérêt pour des activités qui vous plaisaient habituellement ?

☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Vous êtes-vous senti tendu, anxieux ou préoccupé par des soucis ?

☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou des réveils nocturnes fréquents ?

☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Vous êtes-vous senti stressé par votre travail, votre vie familiale ou vos finances ?

☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Avez-vous le sentiment d'être seul ou isolé ?

☐ Non ☐ Parfois ☐ Oui, souvent

Avez-vous des idées noires ou l'impression que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue ?

☐ Non ☐ Parfois ☐ Oui

Événements marquants récents (deuil, séparation, perte d'emploi, maladie)

Toute réponse « Souvent » à une question sur l'humeur ou le sommeil, ou toute réponse positive à la question sur les idées noires, justifie une orientation vers le médecin traitant. En cas d'urgence vitale immédiate, composer le 15.

6. MÉDICAMENTS ET AUTOMÉDICATION

Listez tous les médicaments que vous prenez, qu'ils soient prescrits par un médecin, achetés sans ordonnance, ou issus de la phytothérapie et des compléments alimentaires.

Médicament (nom)	Posologie (dose)	Fréquence (quand ?)

Prenez-vous des médicaments sans ordonnance (douleurs, rhume, digestion, sommeil) ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà pris un médicament prescrit à un proche ou conseillé par un proche ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous des médicaments périmés ou sans boîte à la maison ?

☐ Oui ☐ Non

☐ Douleurs (paracétamol, ibuprofène)

☐ Digestion, brûlures d'estomac

☐ Vitamines, minéraux

☐ Homéopathie

☐ Rhume, toux, gorge

☐ Sommeil, anxiété

☐ Phytothérapie, huiles essentielles

☐ Autre

Si oui, précisez lesquels et à quelle fréquence

Signaler au pharmacien tout médicament sans ordonnance pouvant interagir avec un traitement prescrit, notamment les anti-inflammatoires (AINS) chez un patient sous anticoagulant ou antihypertenseur.

7. RISQUES LIÉS À LA POLYMÉDICATION

Prenez-vous 5 médicaments ou plus chaque jour ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous besoin d'aide pour gérer vos prises de médicaments ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Vous est-il déjà arrivé d'oublier une prise de médicament ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Avez-vous déjà pris deux médicaments en même temps sans vérifier s'ils étaient compatibles ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Ressentez-vous des effets indésirables après la prise de vos médicaments ?

☐ Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent

Si oui, décrivez ces effets :

☐ Somnolence ou fatigue

☐ Nausées ou troubles digestifs

☐ Sécheresse de la bouche

☐ Confusion ou troubles de la mémoire

☐ Gonflement des chevilles

☐ Vertiges ou chutes

☐ Constipation ou diarrhée

☐ Palpitations ou douleur thoracique

☐ Tremblements ou raideurs

☐ Saignements ou ecchymoses inhabituels

Avez-vous plusieurs prescripteurs (médecin traitant, spécialistes) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Achetez-vous des médicaments sans ordonnance en complément de votre traitement ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Prenez-vous des plantes, compléments alimentaires ou huiles essentielles ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Vos différents médecins connaissent-ils tous les médicaments que vous prenez ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si le patient prend 5 médicaments ou plus, ou présente des signes d'effets indésirables, proposer une revue complète des traitements avec le pharmacien et orienter vers le médecin traitant si nécessaire.

8. MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS

Certains médicaments, même prescrits depuis longtemps, peuvent devenir inadaptés avec l'âge. Cette section permet de les repérer pour envisager une révision avec votre médecin.

Prenez-vous un médicament pour dormir ou pour vous calmer (benzodiazépine) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Prenez-vous un traitement contre les allergies ou le mal des transports (antihistaminique) ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Prenez-vous un anti-inflammatoire (type ibuprofène, kétoprofène) plus d'une fois par semaine ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Bilan de prévention à 50 ans : Questionnaire patient

- ☐ Somnifère ou anxiolytique (zolpidem, zopiclone, bromazépam...)
- ☐ Antidépresseur (amitriptyline, paroxétine...)
- ☐ Traitement des troubles urinaires (oxybutynine...)
- ☐ Traitement des nausées ou vertiges (métoclopramide...)
- ☐ Antihistaminique (hydroxyzine, prométhazine...)
- ☐ Antispasmodique (phloroglucinol, trimébutine...)
- ☐ Corticoïde par voie orale (prednisone...)
- ☐ Neuroleptique (rispéridone, loxapine...)

Prenez-vous un de ces médicaments depuis plus de 3 mois ?

- ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu une chute ou une sensation de vertige dans les 6 derniers mois ?

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le nom et la posologie

Repérer les médicaments à effet anticholinergique ou sédatif, sources de chutes et de troubles cognitifs. Proposer une révision de l'ordonnance avec le médecin traitant si prise au long cours.

9. DOULEUR ET SYMPTÔMES

- | | |
|---|---|
| ☐ Douleurs articulaires ou musculaires | ☐ Maux de tête fréquents |
| ☐ Douleurs de dos | ☐ Brûlures d'estomac ou reflux |
| ☐ Constipation | ☐ Diarrhées ou selles irrégulières |
| ☐ Brûlures en urinant | ☐ Fuites urinaires |
| ☐ Toux persistante | ☐ Essoufflement à l'effort |
| ☐ Démangeaisons ou lésions cutanées | ☐ Palpitations |

Si vous avez des douleurs, quelle est leur intensité habituelle ?

- ☐ Aucune ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Intense

Depuis combien de temps ces douleurs ou symptômes évoluent-ils ?

- ☐ Depuis moins de 3 mois ☐ Depuis 3 à 6 mois ☐ Depuis plus de 6 mois

Précisez la localisation et le contexte des douleurs ou symptômes cochés

Une douleur évoluant depuis plus de 3 mois est chronique : évaluer son retentissement sur le sommeil et l'activité, et proposer une consultation médicale si elle n'est pas déjà suivie. Des signes d'alerte (fièvre, perte de poids, sang dans les selles ou les urines, douleur thoracique) imposent une orientation rapide vers le médecin.

10. SOUTIEN SOCIAL ET AUTONOMIE

Je vis actuellement :

- ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ Avec des enfants ☐ Autre

En cas de besoin, puis-je compter sur un proche (famille, ami, voisin) ?

- ☐ Oui ☐ Non

Quelle aide recevez-vous au quotidien ?

- ☐ Aucune ☐ Famille ☐ Voisins ☐ Aide professionnelle

Bilan de prévention à 50 ans : Questionnaire patient

Avez-vous des difficultés à assumer le reste à charge de vos soins (consultations, médicaments, dentaire, optique) ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une mutuelle ou une complémentaire santé ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous un médecin traitant ?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà renoncé à des soins pour des raisons financières ?

☐ Oui ☐ Non

Commentaires ou situations particulières :

*Si difficultés financières ou absence de mutuelle : orienter vers la complémentaire santé solidaire (C2S) et vérifier l'éligibilité.
Si isolement ou absence d'aide : proposer les services d'aide à domicile et évaluer le besoin d'un signalement.*

11. ATTENTES ET PRIORITÉS DU PATIENT

Cette section vous permet d'exprimer ce qui compte le plus pour vous. Le pharmacien s'en servira pour orienter l'entretien et adapter ses conseils.

Avez-vous des questions ou des inquiétudes concernant votre santé ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Souhaitez-vous aborder un sujet en particulier lors de cet entretien ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Sujets que vous souhaitez aborder en priorité

Inquiétudes ou questions concernant votre santé

Avez-vous des objectifs de santé que vous aimeriez atteindre dans les prochains mois ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Objectifs de santé (par exemple : arrêt du tabac, perte de poids, activité physique)

Seriez-vous prêt à recevoir des conseils personnalisés sur votre hygiène de vie ou vos traitements ?

☐ Oui ☐ Non

Reprendre les éléments notés ici en début d'entretien pour montrer au patient que ses attentes sont prises en compte.

12. OBSERVATIONS DU PHARMACIEN

Section réservée au pharmacien, à compléter pendant ou après l'entretien. Elle reprend les points d'attention relevés dans les réponses du patient et trace les conseils donnés ainsi que les orientations proposées.

Points d'attention relevés

Conseils donnés au patient

Orientations proposées (médecin traitant, spécialiste, vaccination, dépistage)

Suivi à programmer (rendez-vous, prochain contact)

Penser à vérifier la concordance entre les réponses du patient et les recommandations en vigueur (calendrier vaccinal, dépistages organisés). Toute orientation vers un médecin traitant ou un spécialiste doit être notée avec une échéance si possible.

REPÈRES POUR L'ENTRETIEN

- Dépistage colorectal : test immunologique tous les 2 ans de 50 à 74 ans.
- Mammographie : tous les 2 ans de 50 à 74 ans.
- Rappel vaccinal dTcaP : à 25, 45, 65 ans, puis tous les 10 ans.
- Polymédication : 5 médicaments ou plus par jour = risque accru d'effets indésirables.
- Benzodiazépines : risque de dépendance et de chute, à réévaluer régulièrement.