



Merci de compléter
le recto et verso de
ce questionnaire et
de le remettre à
l'accueil

Questionnaire

« Mieux Vous Connaitre »

Destiné aux consultants à partir de 16 ans

NOM :

Prénom :



Bouger, manger, se brosser les dents sont des actes habituels que nous réalisons au quotidien, parfois sans en mesurer l'importance pour maintenir notre état de santé.

*Ce questionnaire vous permettra de **faire le point et d'échanger** avec des professionnels de santé, tout au long de votre parcours au Centre de Médecine Préventive.*

Votre activité physique

1. Dans votre vie de tous les jours, quelle(s) activité(s) physique(s) ou sportive(s) pratiquez-vous ?

.....

2. Comment vous sentez-vous lorsque vous bougez ?

.....

Votre alimentation

3. Que pensez-vous de vos habitudes alimentaires ?

.....

Votre santé dentaire

4. Que pensez-vous de l'état de vos dents ?

.....

Commentaires

.....



(A) Comportements sédentaires	1	2	3	4	5	SCORES
Combien de temps passez-vous en position assise par jour (loisirs, télé, ordinateur, travail, etc.) ?	+ de 5h <input type="checkbox"/>	4 à 5h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	2 à 3h <input type="checkbox"/>	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	
Total (A)						
Activités physiques de loisirs <i>planifiées avec tenue adaptées</i>	1	2	3	4	5	SCORES
Pratiquez-vous régulièrement une ou des activités physiques ?	Non <input type="checkbox"/>				Oui <input type="checkbox"/>	
A quelle fréquence pratiquez-vous l'ensemble de ces activités ?	1 à 2 fois/ mois <input type="checkbox"/>	1 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	2 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	3 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	4 fois/ semaine <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes consacrez-vous en moyenne à chaque séance d'activité physique ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Habituellement, comment percevez-vous votre effort ?	Très léger <input type="checkbox"/>	Léger <input type="checkbox"/>	Moyen <input type="checkbox"/>	Difficile <input type="checkbox"/>	Très difficile <input type="checkbox"/>	
Total (B)						
(C) Activités Physiques quotidiennes	1	2	3	4	5	SCORES
Quelle intensité d'activité physique <i>votre travail régulier professionnel ou non</i> requiert-il ?	Légère <input type="checkbox"/>	Modérée <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Intense <input type="checkbox"/>	Très intense <input type="checkbox"/>	
En dehors de ce travail régulier, combien d'heures consacrez-vous par semaine aux travaux légers (bricolage, jardinage, ménage, etc.) ?	Moins de 2h <input type="checkbox"/>	3 à 4h <input type="checkbox"/>	5 à 6h <input type="checkbox"/>	7 à 9h <input type="checkbox"/>	Plus de 10h <input type="checkbox"/>	
Combien de minutes par jour consacrez-vous à la marche (<i>trajets, marche non sportive</i>) ?	Moins de 15 min <input type="checkbox"/>	16 à 30 min <input type="checkbox"/>	31 à 45 min <input type="checkbox"/>	46 à 60 min <input type="checkbox"/>	Plus de 60 min <input type="checkbox"/>	
Combien d'étages, en moyenne, montez-vous à pied chaque jour ?	Moins de 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 10 <input type="checkbox"/>	11 à 15 <input type="checkbox"/>	Plus de 16 <input type="checkbox"/>	
Total (C)						
TOTAL (A) + (B) + (C)						=

EVALUER VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL – QUESTIONNAIRE FACE :

Réf. : 4-5/8

A quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais (0)
 Une fois par mois ou moins (1)
 Deux à quatre fois par mois (2)
 Deux à trois fois par semaine (3)
 Quatre fois par semaine ou plus (4)

Combien de verres standards* buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?

- Un ou deux (0)
 Trois ou quatre (1)
 Cinq ou six (2)
 Sept à neuf (3)
 Dix ou plus (4)

*1 verre standard = 10 cl de vin à 12 ° = 25 cl de bière à 5 ° = 7 cl d'apéritif à 18 ° = 2,5 cl d'alcool fort à 45 °

Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?

- Non (0)
 Oui (4)

Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

- Non (0)
 Oui (4)

Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?

- Non (0)
 Oui (4)

TOTAL =