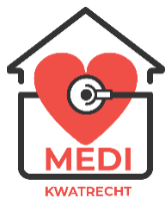


Cher patient,

Le gouvernement et les scientifiques demandent aux médecins généralistes de faire plus de prévention. En tant que cabinet médical, nous avons un rôle à jouer à cet égard dans une consultation de prévention. Il s'agit **d'une offre gratuite**. Notre proposition s'adresse en premier lieu aux personnes qui présentent déjà un facteur de risque, comme le diabète ou une maladie pulmonaire.



Au cours de la consultation, nous passerons également en revue votre calendrier de traitement actuel, examinerons votre tension artérielle et d'autres facteurs de risque...

Beaucoup de choses sont déjà mentionnées dans votre dossier médical, mais ce questionnaire nous permet de visualiser votre dossier dans son intégralité, ceci en collaboration avec les médecins. N'hésitez pas à poser d'autres questions sur votre santé personnelle ou sur les vaccins. Nous serons ravis de vous aider.

Les patients qui n'ont pas reçu cette lettre, mais qui souhaiteraient également avoir cet entretien de prévention (ou vaccin), peuvent également prendre rendez-vous.

Votre santé nous tient à cœur. Si vous avez des questions ou des suggestions, nous serons ravis de les entendre.

**Dans la mesure du possible, veuillez prendre un rendez-vous vous-même sur le site [www.MediKwatrecht.be](http://www.MediKwatrecht.be).**

Choisir comme type de rendez-vous : « preventiegesprek ». Vous pouvez bien entendu toujours nous appeler pour prendre rendez-vous.

Veillez remplir le questionnaire ci-joint et l'apporter lors de votre consultation ou le renvoyer par mail à [info@Medikwatrecht.be](mailto:info@Medikwatrecht.be) (ou noter quelques réponses importantes)

*Page suivante :*

#### ■ CE QUE JE SAIS<sup>1</sup> ET PEUX FAIRE POUR MA FUTURE SANTÉ ■

**AVANT le rendez-vous avec le médecin ou l'infirmière, veuillez remplir ce questionnaire. Cela permettra de mieux évaluer et sélectionner les mesures de prévention à prendre.**

---

<sup>1</sup> Votre médecin trouvera vos infos dans son dossier, mais il s'agit ici de ce que vous savez vous-même et de ce qui peut être sujet de mesures de prévention.

	<b>Nom :</b>	femme/homme	Né(e):: / /	Date (aujourd'hui) :
1	Prenez-vous des médicaments pour l'hypertension?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
2	Êtes-vous diabétique?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
3	Avez-vous (eu) une maladie cardiovasculaire? (crise cardiaque, AVC, vasoconstriction)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
4	Votre père ou votre frère a (eu) une maladie cardiovasculaire avant 55 ans ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
5	Votre mère ou votre sœur a (eu) une maladie cardiovasculaire avant 65 ans ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
6	Fumez-vous?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Jamais Arrêt en.. <input type="checkbox"/>
7	À quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées? (vers de bière, vin, spiritueux): ..... vers par .....			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Jamais
8	Mangez-vous des légumes quotidiennement ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Mangez-vous des fruits quotidiennement ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10	Faites-vous de l'exercice au moins une demi-heure par jour en plus de vos activités quotidiennes ? (ex. vélo, marche rapide, natation, jardinerie,...)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11	Avez-vous déjà eu un diagnostic de glycémie élevée? (p.ex. hospitalisation, contrôle de routine ou grossesse)			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
12	Votre père, mère, frère ou sœur souffre de diabète ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
13	Votre grand-père, grand-mère, oncle ou tante souffre de diabète ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
14	Votre vaccination contre le tétanos remonte à plus de dix ans ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
15	Êtes-vous atteint d'une maladie pulmonaire?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16	Êtes-vous atteint d'une maladie cardiaque?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17	Êtes-vous atteint de la maladie du foie?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
18	Êtes-vous atteint d'une maladie rénale?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
19	Votre père, mère, frère ou sœur a (eu) un cancer de l'intestin ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

**Uniquement pour les femmes**

20	Est-ce que le cancer du sein ou de l'ovaire sévit dans votre famille?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
21	Celles de +50 ans : votre dernière mammographie remonte à plus de deux ans ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
22	A partir de 25 ans : Votre dernier frottis a-t-il eu lieu il y a plus de trois ans ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

**Pour ceux de 65 ans et plus**

23	Êtes-vous tombé(e) plus d'une fois au cours de l'année écoulée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
----	--	---

Veuillez renvoyer le formulaire rempli à [VPK@deprost.be](mailto:VPK@deprost.be) (ou apportez-le lors de la consultation avec l'infirmière de [www.doktersKwatrecht.be](http://www.doktersKwatrecht.be))

Inspirié par: Domus Medica - Santé