Fiche d'aide au repérage des risques entre 18 et 25 ans

A compléter par le professionnel de santé

Situation personnelle

Date du rendez-vous : ……

Nom et prénom : ……..……...

Age : ……..……...……..ans

Genre : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Autre

Activité actuelle : ……..……

☐ **Situation de handicap (MDPH)**

Pression artérielle : ……/ ..…mmHg

IMC : ……

☐ Maigreur ☐ Poids normal ☐ Surpoids ☐ Obésité ☐ Obésité morbide

Médecin traitant : ☐ Oui ☐ Non

Si pas de médecin traitant, signaler, avec l'accord de la personne, la situation à la CPAM

Environnement social et familial

Nombre d'enfant(s) : ……

☐ Projet de parentalité ☐ Famille monoparentale ☐ Aidant

☐ Situation d'isolement ☐ Perte d'autonomie

Antécédents personnels et familiaux

La personne est-elle suivie pour une de ces maladies ?

Maladies cardiovasculaires/facteurs de risque cardiovasculaires :

☐ Diabète

☐ Hypertension artérielle

☐ Hypercholestérolémie

Maladies respiratoires :

☐ Asthme

Maladies de l'intestin :

☐ Maladie de crohn

☐ RCH

☐ Polypose adénomateuse familiale ou syndrome de Lynch

Cancers :

☐ Lequel : …….

Autres : ……

La personne a-t-elle déjà réalisé une prise de sang et/ou urine ?

Indiquer les dates / résultats :

☐ Glycémie à jeun ……

☐ EAL ……

☐ HbA1c ……

☐ DFG ……

☐ BNP ……

☐ NT-proBNP ……..

☐ Rapport Albuminurie/créatininurie ……

Y a-t-il des antécédents personnels et/ou familiaux connus dans la famille ?

☐ Cancer du sein

☐ Cas de cancer du sein et/ou des ovaires dans la famille

☐ Prédisposition génétique (BRCA 1, BRCA 2, …) chez la personne

☐ Irradiation thoracique à haute dose (« radiothérapie ») pour un lymphome de Hodgkin, chez la personne

☐ Cancer colorectal

☐ Un ou plusieurs adénome(s) avancé(s) (polype adénomateux)

☐ Polypose adénomateuse familiale ou syndrome de Lynch

☐ Maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique, chez la personne

☐ Autres cancers. Lequel : ……..

Maladies cardiovasculaires (dans la famille) :

☐ Diabète

☐ HTA

☐ Infarctus du myocarde ou mort subite

☐ Accident vasculaire cérébrale

☐ Hypercholestérolémie familiale

Autres :

☐ Troubles du comportement alimentaire

☐ Dépression

☐ Troubles anxieux

☐ Autres : …….

La personne a été hospitalisée

Précisez le motif : ……

Fiche d'aide au repérage des risques entre 18 et 25 ans

A compléter par le professionnel de santé

Etat de santé actuel

Si le patient suit un traitement
Lesquels : ……
- ☐ Médicament ou association contre-indiquée
- ☐ Cas de polymédication

Si moyen de contraception utilisé, précisez :
- ☐ Implant
- ☐ Stérilet
- ☐ Contraception d'urgence
- ☐ Préservatif seul
- ☐ Autres : ……..

Si douleurs pelviennes au moment des règles :
- ☐ Les douleurs surviennent quelques jours avant les règles et/ou persistent quelques jours après les règles
- ☐ Des douleurs fortes/violentes sont localisées dans le bas du ventre, en dehors des règles
- ☐ Les douleurs ne sont pas calmées par la prise d'antalgiques
- ☐ Des douleurs fortes/vives sont ressenties en profondeur pendant les rapports sexuels
- ☐ Les douleurs entrainent une incapacité à se tenir debout, à marcher, à se mobiliser
- ☐ Les douleurs entrainent un handicap pour les activités quotidiennes
- ☐ Des douleurs sont présentes au moment d'aller à la selle, surtout lors de la période des règles
- ☐ Suspicion d'endométriose

Si variation de poids :
Précisez : ……..

Si suspicion du troubles du comportement alimentaire, demander :
- ☐ Vous arrive-t-il de vous faire vomir ?
- ☐ Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
- ☐ Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
- ☐ Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Activité physique :
Si non, pourquoi : ……

Vaccins et dépistages

- ☐ Vaccination(s) obligatoires manquante(s) à réaliser : ……
- ☐ Autres vaccinations recommandées (grippe, pneumocoque, Covid, HPV,etc.) : ……..
- ☐ Vaccin(s) réalisé(s) lors du bilan : …….
- ☐ Prescription remise si vaccin(s) non réalisé(s) lors du bilan de prévention. Lesquels : ……
- ☐ Dépistage VIH/IST à effectuer
- ☐ Prescription remise pour le dépistage VIH/IST lors du bilan de prévention

Explorations complémentaires souhaitables :

- ☐ Dépistage du cancer du col de l'utérus
- ☐ Dépistage du cancer du sein chez une personne à risque élevé/très élevé
- ☐ Dépistage du cancer colorectal chez une personne à risque élevé/très élevé
- ☐ Dépistage du diabète
- ☐ Dépistage de l'insuffisance rénale chronique
- ☐ HTA (pour objectif thérapeutique non atteint, diagnostic d'une HTA,…)
- ☐ Bilan biologique, précisez : ……..
- ☐ Autres : ……

Consommation d'alcool, tabac, jeux d'argent et autres substances

Alcool :
- ☐ >10 verres par semaine

Résultat questionnaire FACE (HAS) : ……
- ☐ Cas de binge drinking

Tabac :
- ☐ Résultat test de Fagerstrom simplifié (HAS) : …….
- ☐ Spirométrie/débimétrie de pointe réalisée lors du bilan de prévention

Jeux d'argent :
- ☐ Questionnaire « Indice canadien du jeu excessif ». Résultat : ……
- ☐ La personne n'a jamais joué/parié
- ☐ La personne a arrêtée de jouer/parier. Motif de l'arrêt :……

Autres substances :
- ☐ Cannabis. *Résultat questionnaire CAST (HAS)* : …….
- ☐ Autres substances : …….
- ☐ Jamais de consommation
- ☐ Arrêt d'une consommation (précisez le produit et le motif de l'arrêt) : …….
- ☐ Consommation occasionnelle
- ☐ Consommation quotidienne

Médicaments addictogènes :
- ☐ Anti-dépresseurs
- ☐ Tranquillisants ou anxiolytiques
- ☐ Somnifères
- ☐ Anti-douleurs

Santé mentale, violences

Si doute sur un trouble anxieux et/ou dépressif :
Résultat du test Echelle ARDS et/ou HAD : ……
- ☐ Idées suicidaires

Conditions de travail pénibles :
- ☐ Moralement
- ☐ Physiquement

Si cas de violences (physiques, psychiques, humiliation…) :
Précisez :
- ☐ A la maison
- ☐ Au travail
- ☐ Dans l'espace publi
- ☐ Internet
- ☐ Evénements festifs (festivals, concerts…)
- ☐ Lieu de formation (école, collège, lycée, université…)
- ☐ Lieu de loisirs (lieu de vacances, camping…)
- ☐ Autre : ……..

Commentaires du professionnel de santé

……

……

……

Décision partagée

Thématique(s) priorisée(s) pour l'intervention brève (1 ou 2)

1 : …… **2 :** ……