Fiche d'aide au repérage des risques entre 45 et 50 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) : ……. ☐ 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 :

☐ Diabète
☐ Hypertension artérielle
☐ Hypercholestérolémie
☐ Insuffisance rénale chronique
☐ Insuffisance cardiaque
☐ Insuffisance coronarienne
☐ Accident vasculaire cérébrale

Maladies respiratoires :

☐ Asthme
☐ BPCO

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

La personne a été hospitalisée

Précisez le motif : …….

Santé et environnement

Pour les personnes domiciliées aux Antilles françaises :

☐ Informations transmises sur le risque lié à l'exposition au chlordécone et sur les mesures de prévention

Fiche d'aide au repérage des risques entre 45 et 50 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 toux grasse qui ramène des crachats ou essoufflement prononcé :
☐ EFR et/ou spirométrie déjà réalisées avant le bilan de prévention. Résultat : ……..
☐ Résultat de la spirométrie/débimétrie de pointe réalisée lors du bilan de prévention : ….……

Si variation de poids :
Précisez : ……..

Si pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil :
☐ Polysomnographie déjà réalisée avant le bilan de prévention ?
☐ La personne est-elle appareillée pour une apnée du sommeil ?

Si symptômes de ménopause :
☐ Oui et ces symptômes ont des effets négatifs sur ma vie de tous les jours
☐ Oui, mais ces symptômes n'ont pas d'impact sur ma vie de tous les jours

Activité physique :
Si oui :
☐ 1 à 2 fois par semaine
☐ 3 à 4 fois par semaine
☐ 5 à 7 semaines
Si non, pourquoi : ……

Vaccins et dépistages

☐ Vaccination(s) obligatoires manquante(s) à réaliser : …….
☐ Autres vaccinations recommandées (grippe, pneumocoque, Covid…) : ……
☐ 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 :
☐ Mammographie de dépistage organisé du cancer du sein
☐ Test de dépistage organisé du cancer colorectal
☐ 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 et autres substances

Alcool :
☐ >10 verres par semaine
Résultat questionnaire FACE (HAS) : ……

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

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) : ……

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 HAD (HAS) : ……
☐ Idées suicidaires

Conditions de travail pénibles :
☐ Moralement
☐ Physiquement

Si cas de violences (physiques, psychiques, humiliation…) :
Précisez :
☐ A la maison
☐ Au travail
☐ Dans l'espace public
☐ 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 :** ……