

# MA CHECKLIST

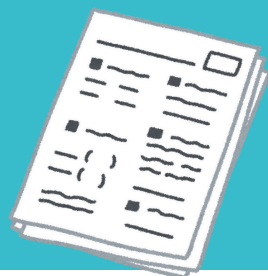
## A remplir

- Fiche administrative
- Score EPICE
- Questionnaire SF-36
- Charte d'engagement
- Évaluation des compétences

Ces documents seront éliminés une fois les informations saisies dans le dossier informatisé.

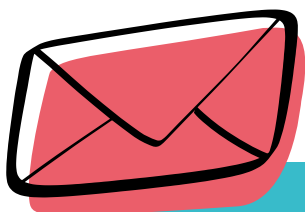
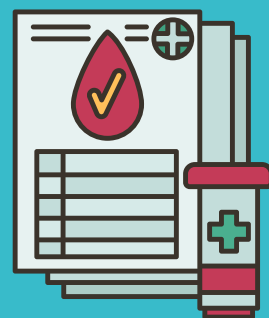
## Pour le médecin

- Questionnaire médical



## A joindre

- Liste des médicaments
- Compte-rendu d'examen
- Résultat de prise de sang



## Pour nous les transmettre

- Les déposer directement au secrétariat
- Les envoyer par mail au

# FICHE ADMINISTRATIVE

## Identité

Nom de naissance:

Genre :

Nom d'usage :

Date de naissance :

Prénom de naissance :

Ville de naissance :

Prénom :

Code postal :

## Coordonnées

Adresse:

Téléphone fixe :

Code postal :

Portable :

Ville :

Mail :

## Médecins

Médecin traitant :

Pneumologue :

Cardiologue :

Médecin vasculaire :

Diabéto-endocrino :

Ophtalmologue :

Psychiatre :

Autre :

Absence de médecin traitant ☐

## Origine de la demande

☐ Structure partenaire (UGECAM, CRM...) \_\_\_\_\_

☐ Suite action \_\_\_\_\_

☐ Autre \_\_\_\_\_

## Programme souhaité

☐ Diabète

☐ Obésité

☐ Maladie neuro-cardio-vasculaire

Nom :

Prénom :

# CHARTE D'ENGAGEMENT

## Notre but

Unir nos compétences pour réaliser avec vous, par le biais de consultations gratuites, éducatives, individuelles ou collectives, les objectifs définis par votre médecin traitant dans le but d'améliorer votre santé.

## Votre engagement

Pour devenir acteur de votre santé, vous vous engagez à :

- Respecter les objectifs de prévention fixés en commun d'accord avec votre médecin traitant
- Observer les moyens mis en œuvre pour y parvenir
- Respecter les rendez-vous et prévenir en cas d'impossibilité

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du patient

# DROITS ET INFORMATIONS

## Constitution du dossier

Le dossier médical est établi à l'entrée du patient au sein de l'association. Les données du dossier médical seront utilisées, de manière anonyme, lors des évaluations internes ou externes.

## Accès au dossier

Chaque patient a le droit d'accéder, sur simple demande, à l'ensemble des informations médicales le concernant détenues par les professionnels de santé. .

## Consentement au partage d'informations de santé

Dans le respect du secret professionnel certaines informations issues de notre premier entretien peuvent être partagées avec les professionnels de santé qui assurent votre suivi (médecin traitant, spécialistes, etc.).

Ce partage a pour objectif d'assurer la continuité et la coordination de votre prise en charge.

Vous restez libre de refuser ou de retirer votre accord à tout moment.

Mon choix concernant le partage d'informations :

- ☐ J'autorise la transmission d'un compte rendu de mon premier rendez-vous à mon médecin traitant.
- ☐ J'autorise la transmission d'un compte rendu de mon premier rendez-vous à mes médecins spécialistes (à préciser ci-dessous).
- ☐ Je ne souhaite pas que les informations issues de mon premier rendez-vous soient transmises à d'autres professionnels de santé.

## Consentement au mailing

- ☐ J'accepte que mon adresse électronique soit utilisée afin de recevoir des communications régulières liées à mon suivi. Je peux retirer mon consentement à tout moment.

## Information sur la protection de vos données

En signant ce document, j'accepte que mes données personnelles et de santé soient collectées et traitées dans le cadre de ma prise en charge au Pôle APSA, conformément au RGPD.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de limitation et de suppression de vos données, dans les conditions prévues par la loi.

Pour toute question relative à la protection de vos données ou pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) à l'adresse suivante : [dpo@poleapsa.fr](mailto:dpo@poleapsa.fr)

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du patient

Nom :

Prénom :

## VOTRE SITUATION SOCIALE

(SCORE EPICE)

Le score EPICES (Evaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.

Entourez la réponse  
qui vous correspond

Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?

oui

non

Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?

oui

non

Vivez-vous en couple ?

oui

non

Etes-vous propriétaire de votre logement ?

oui

non

Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?

oui

non

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

oui

non

Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?

oui

non

Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

oui

non

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

oui

non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

oui

non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?

oui

non

## Questionnaire de qualité de vie

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

**Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie**, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

### 1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé

**est :** (entourez la réponse de votre choix)

Excellente	1
Très bonne	2
Bonne	3
Médiocre	4
Mauvaise	5

### 2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? (entourez la réponse de votre choix)

Bien meilleur que l'an dernier	1
Plutôt meilleur	2
À peu près pareil	3
Plutôt moins bon	4
Beaucoup moins bon	5

### 3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?	1	2
c. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	1	2
d. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ? (par ex, cela vous a demandé un effort supplémentaire)		2

### 4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Oui	Non
a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

### 5. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

### 6. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs (physiques) ? (entourez la réponse de votre choix)

Nulle	1
Très faible	2
Faible	3
Moyenne	4
Grande	5
Très grande	6

### 7. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? (entourez la réponse de votre choix)

Pas du tout	1
Un petit peu	2
Moyennement	3
Beaucoup	4
Enormément	5

### 8. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (entourez la réponse de votre choix)

En permanence	1
Une bonne partie du temps	2
De temps en temps	3
Rarement	4
Jamais	5

**9. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel. (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)**

Liste d'activités	Oui, beaucoup limité(e) 1	Oui, un peu limité(e) 2	Non, pas du tout limité(e) 3
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

**10. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où : (entourez la réponse de votre choix, une par ligne)**

	En permanence 1	Très souvent 2	Souvent 3	Quelque fois 4	Rarement 5	Jamais 6
a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ?	1	2	3	4	5	6
b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	1	2	3	4	5	6
d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?	1	2	3	4	5	6
e. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?	1	2	3	4	5	6
f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?	1	2	3	4	5	6
h. Vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
i. Vous vous êtes senti fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

**11. Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas : (entourez la réponse de votre choix , une par ligne)**

	Totalement vrai 1	Plutôt vrai 2	Je ne sais pas 3	Plutôt fausse 4	Totalement fausse 5
a. Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

Veuillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.  
Merci de votre collaboration.