

AFER Dépendance

QUESTIONNAIRE DE SANTE DETAILLE

QUESTIONNAIRE DE SANTE DETAILLE	
Personne à assurer : Civilité – Prénom – Nom	
Né(e) : le JJ/MM/AAAA	
Profession (ou dernière profession exercée pour les retraités) _____	
Fumez-vous ou avez-vous fumé au cours des 24 derniers mois (y compris des cigarettes électroniques) ? € Oui € Non	
Dans l'affirmative, veuillez indiquer quelle est ou a été votre consommation journalière de : cigarettes _____ cigares _____ pipes _____	
Si vous vapotez une cigarette électronique, cochez la case suivante : €	
1/ Votre taille [_____] cm	Votre poids [_____] kg
 Votre tension artérielle [_____]	 Est-elle traitée <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quelle date ? ___/___/___
2/ Avez-vous actuellement besoin de l'aide d'une tierce personne ou éprouvez-vous des difficultés pour accomplir un ou plusieurs des actes suivants: la toilette, l'habillage, l'alimentation, le transfert (s'asseoir, se lever, se coucher), le déplacement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Pour quels actes éprouvez-vous des difficultés, et pour quelle raison ? _____ Devez-vous être aidé par un tiers ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fréquence et durée de ses interventions ? _____ Bénéficiez-vous de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, dans quelle catégorie GIR (Groupe Iso-Ressources) ? _____
3/ Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié de prestations de type invalidité ou une demande de cette nature est-elle en cours : pension d'invalidité civile (versée par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé) ou militaire, pension d'incapacité à l'exercice de la profession, allocation adulte handicapé, pension d'accident du travail ou maladie professionnelle, anticipation de retraite pour raison de santé ou d'une liquidation de celle-ci au titre d'une inaptitude ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Motif médical de la pension, de la rente, ou de la demande en cours ? _____ Auprès de quel organisme ? _____ Taux de l'incapacité ou catégorie de la pension ? _____ Motif médical de l'anticipation, liquidation de la retraite ou de la demande en cours ? _____ Pour quels motifs avez-vous été reconnu travailleur handicapé? _____ En quelle catégorie êtes-vous classé (A, B ou C) ? _____
4/ Bénéficiez-vous d'une exonération du ticket modérateur par votre régime obligatoire au titre d'une affection de longue durée (mention 100% indiquée sur l'attestation Vitale) ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Date, nature et origine de l'affection (accident ou maladie) ayant motivé l'exonération du ticket modérateur _____
5/ Présentez-vous une infirmité, des séquelles de maladies ou d'accidents antérieurs, limitant vos capacités physiques ou mentales dans la vie courante ou dans la vie professionnelle ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Date, nature et origine (accident ou maladie) de l'infirmité ou des séquelles en cause _____
6/ Suivez-vous un traitement continu ou êtes-vous sous surveillance régulière à la suite d'une affection de quelque nature que ce soit, excepté tout traitement isolé contre l'excès de cholestérol dans le sang ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Nature de l'affection en cause _____ Date de son diagnostic _____ Traitement suivi et / ou type de surveillance dont l'affection fait l'objet _____
7/ Devez-vous être hospitalisé(e) ou passer une consultation, ou un examen spécialisé dans un but diagnostique ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Nature des symptômes en cause, ainsi que les examens prévus ou si éventuellement réalisés, nature et résultats : _____
8/ Avez-vous été en arrêt de travail total ou partiel, ou contraint d'interrompre une activité même non rémunérée sur prescription médicale pour raison de santé pendant plus de 21 jours consécutifs au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Affections concernées _____ Date d'apparition et durée _____ Traitements prescrits _____ Séquelles / état actuel _____
9/ Avez-vous été hospitalisé(e) pour un motif autre qu'une ablation de la vésicule biliaire, ou de l'appendice, ou d'hémorroïdes, ou de cure de hernie inguinale, ou encore d'une opération des varices, au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Affections concernées _____ Date d'apparition et durée _____ Traitements prescrits _____ Séquelles / état actuel _____
10/ Avez-vous été ou êtes-vous atteint(e) d'une affection cancéreuse, rhumatismale, ostéo-articulaire, cardio-vasculaire, psychiatrique, digestive, rénale, respiratoire, d'un diabète, de troubles visuels (autres que myopie, astigmatisme, presbytie ou hypermétropie), d'une maladie neuro-dégénérative, neurologique ou d'une maladie du système nerveux central ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-après : Affections concernées _____ Date d'apparition et durée _____ Traitements prescrits _____ Séquelles / état actuel _____ En cas de diabète, merci d'en préciser le type (1 ou 2), ainsi que le dernier taux d'hémoglobine glyquée (HbA1c) _____