

Antécédents familiaux :

Dans votre famille (père, mère, frère ou sœur), y a-t-il eu ou y a-t-il un ou des problèmes de santé, des maladies (ex : hypertension artérielle, infarctus, diabète, cancer, etc.) ou des décès ? OUI / NON

Si oui, le(s)quel(s) :

Mode de vie :

- Vivez-vous : en famille en kot en couple autre :
- Avez-vous un ou des enfant(s) : OUI / NON
- Quel(le)s sont vos activités sportives ou loisirs ?
- Avez-vous un job d'étudiant pendant l'année scolaire ?

État de santé actuel :

- Avez-vous un médecin traitant ? OUI / NON
Nom : Dr Localité :

- Avez-vous été hospitalisé ou subi une ou des intervention(s) chirurgicales(s) ? Précisez
.....

- Avez-vous été victime d'un accident ayant engendré des blessures ? Précisez
.....

- Avez-vous souffert ou souffrez-vous de : (Mettre une croix en face de la case)

Maux de tête fréquents	<input type="checkbox"/>	Déprime, idées noires	<input type="checkbox"/>
Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	Difficultés de concentration	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	Perte d'intérêt pour les études	<input type="checkbox"/>
Troubles digestifs (constipation, diarrhée, ...)	<input type="checkbox"/>	Difficultés relationnelles (parents, frère, sœur, amis, enseignants,...)	<input type="checkbox"/>
Problème thyroïdien	<input type="checkbox"/>	Perte d'appétit	<input type="checkbox"/>
Allergie :	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

- Prenez-vous actuellement des médicaments ? OUI / NON
Si oui, le(s)quel(s) :
- Votre poids est-il stable ? OUI / NON
- Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ?
- Quel est votre moyen de contraception ?
- Quels sont vos antécédents gynécologiques ?
Interventions chirurgicales :
Nombre de grossesse(s) : Nombre d'accouchement(s) :
Nombre de fausse(s) couche(s).....

- Consommez-vous actuellement : (Mettre une croix en face de la case)

Tabac	<input type="checkbox"/>	Nombre de cigarettes/jour :
Alcool	<input type="checkbox"/>	jamais - rarement -x /mois -x /semaine -x /jour ou plus
Haschisch	<input type="checkbox"/>	jamais - rarement -x /mois -x /semaine -x /jour ou plus
Internet	<input type="checkbox"/> heures/jour
Autres :(LSD, chicha, médicament, etc) :	<input type="checkbox"/>	jamais - rarement -x /mois -x /semaine -x /jour ou plus

- ↳ Rencontrez-vous des difficultés liées à cette consommation ? OUI / NON
Si oui, lesquelles ?.....

Vaccinations: (Munissez-vous de votre carte)

Êtes-vous vacciné(e) contre:

- Diphtérie – Tétanos ? OUI / NON Date du dernier rappel :
- Rougeole – Rubéole – Oreillons ? OUI / NON Date du dernier rappel :
- Hépatite B ? OUI / NON Dates :
- Papilloma virus (cancer du col de l'utérus) ? OUI / NON Dates :
- Autres : Dates :

Êtes-vous allé(e) chez un médecin ou chez un psychologue depuis l'année dernière ?

OUI / NON

Si vous avez une question ou un problème par rapport à votre santé, connaissez-vous un médecin ou une autre personne à qui vous pourriez en parler de manière confidentielle ? OUI / NON

Y a-t-il un ou des problème(s) (médicaux ou autres) que vous désirez aborder avec le médecin ou l'infirmière lors de votre bilan de santé ? OUI / NON

.....

Nous vous rappelons que nous restons disponibles pour tous les étudiants, tout au long de leurs études (Points Santé : pour Namur 081 776 764 - pour Ciney 081 776 826).
Merci de votre collaboration.