Ministère du travail, de la santé et des solidarités

Mon Bilan Prévention 18-25 ans

# Prendre soin de soi est important

C’est pourquoi entre 18 et 25 ans, il est recommandé de faire le point sur sa santé avec un professionnel de santé (médecin, infirmier, sage-femme ou pharmacien). Ce Bilan Prévention, recommandé, est totalement pris en charge par l’assurance maladie.

Répondez dès à présent au questionnaire ci-dessous afin de préparer votre Bilan Prévention. Vous n’êtes pas obligé(e) de répondre à toutes les questions ci-dessous, certaines pourront être abordées directement avec le professionnel de santé si vous le souhaitez.

## Situation personnelle, environnement social et familial

Q. 1. **Vous êtes :**

Une femme

Un homme

Autre

Q. 2. **Vous êtes :**

En études

En emploi

À la recherche d’un emploi

En cumul étude-emploi

Autre

Q. 3. **Vous habitez :**

Seul(e)

Chez vos parents

En couple

Avec d’autres personnes (amis, colocataires...)

Q. 4. **Avez-vous un ou plusieurs enfants ?**

Oui

Non

Q 5. **Si oui, êtes-vous seul(e) pour l’élever ou les élever ?**

Oui

Non

Q. 6. **Envisagez-vous d’avoir un enfant dans les 5 prochaines années ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

Q. 7. **Assumez-vous un rôle d’aidant, c’est-à-dire aidez-vous une personne (adolescente ou adulte) de manière régulière et fréquente, en raison de son âge, de la maladie ou d’une situation de handicap ?**

Oui

Non

Q. 8. **En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?**

Oui

Non

Q. 9. **Jugez-vous vos conditions de vie, de travail ou d’étude difficiles / pénibles ?**

Oui

Non

## Vos antécédents personnels et familiaux

Q. 10. **Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ?**

Diabète

Maladie congénitale

Allergie(s)

Cancers

Maladies respiratoires (asthme...)

Dépression et/ou troubles anxieux et / ou troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie...)

Autre(s) maladie(s) : …

Aucune

Q. 11. **Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?**

Oui

Non

Q. 12. **À quand remonte votre dernière prise de sang et / ou une analyse d’urine ?**

Moins de 6 mois

Plus de 6 mois

Jamais réalisée

(Merci d’en rapporter les résultats, si possible, lors de votre Bilan Prévention)

Q. 13. **Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ? Exemple : diabète, hypertension artérielle, cancer, infarctus, mort subite, hypercholestérolémie familiale...**

Oui

Non

Je ne sais pas

## Votre état de santé actuel

Q. 14. **Suivez-vous actuellement un traitement ?**

Oui

Non

Si oui, veuillez amener, si possible, vos ordonnances lors du Bilan Prévention.

Q. 15. **Taille** : … m

Q. 16. **Poids** : … kg

Q. 17. **Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?**

Oui, un amaigrissement

Oui, une prise de poids

Non

Q. 18. **Diriez-vous que la nourriture occupe une place très importante dans votre vie ?**

Oui

Non

Q. 19. **Avez-vous l’impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...) ?**

Oui

Non

Q. 20. **Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?**

Oui

Non

## Activité physique, sédentarité et alimentation

Q. 21. **Combien de fois par semaine faites-vous au moins 30 minutes d’activités physiques dynamiques au cours d’une journée (marche, ménage, jogging, vélo, activité physique liée à votre profession, autre activité sportive...) ?**

Jamais

1 à 2 fois par semaine

3 à 4 fois par semaine

5 à 7 fois par semaine

Q. 22. **Concernant votre consommation de fruits et légumes, vous en mangez :**

Au moins 5 portions par jour

Entre 1 et 4 portions par jour

De temps en temps

Rarement

Jamais

Q. 23. **À quelle fréquence consommez-vous des aliments gras / sucrés / salés (exemple : charcuterie, soda, bonbons, pâtisseries, chips, fast-food, glaces) ?**

Plusieurs fois par jour

Plusieurs fois par semaine

Une fois par semaine

Une fois par mois

Jamais

Q. 24. **Combien de temps par jour passez-vous assis(e) ou allongé(e) hors période de sommeil ?**

Moins de 2 heures

Entre 2 et 4 heures

Entre 4 et 7 heures

Plus de 7 heures

Je ne sais pas

Q. 25. **Combien de temps par jour passez-vous devant un écran en dehors des études ou du travail (téléphone portable, télévision, jeux vidéo, ordinateur) ?**

Moins d’une heure

Entre 1 heure et 2 heures

Entre 2 et 4 heures

Plus de 4 heures

Je ne sais pas

## Vaccins, dépistages et santé sexuelle

Q. 26. **Êtes-vous à jour de vos vaccins et rappels de vaccins ?**

Merci de rapporter, si possible, votre carnet de vaccination lors de votre Bilan Prévention.

Oui

Non

Je ne sais pas

Q. 27. **Êtes-vous vacciné(e) contre les papillomavirus humains (HPV) ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

Q. 28. **Si vous avez 25 ans, avez-vous réalisé un frottis de dépistage du cancer du col de l’utérus ?**

Si oui, merci de rapporter, si possible, les résultats de ce dépistage lors de votre Bilan Prévention.

Oui

Non

Je ne sais pas

Q. 29. **Êtes-vous allée chez le gynécologue dans les 12 derniers mois ?**

Oui

Non

Non concerné(e)

Q. 30. **Utilisez-vous un moyen de contraception ?**

Oui

Non

Q. 31. **Avez-vous des douleurs intenses au bas ventre au moment de la période des règles ?**

Oui

Non

Non concerné(e)

Q. 32. **Avez-vous déjà réalisé un dépistage des infections sexuellement transmissibles ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

Q. 33. **Êtes-vous dans l’une des situations suivantes (possibilité de cocher plusieurs réponses) ?**

Plus d’un(e) partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois

Souhait d’arrêter le préservatif avec mon nouveau (ou ma nouvelle) partenaire

Mon (ma) partenaire sexuel(le) a eu un (ou plusieurs) diagnostic(s) d’infection sexuellement transmissible (VIH, chlamydia, gonocoque, syphilis...) dans les 12 derniers mois

Rapports sexuels ces 12 derniers mois mais non concerné(e) par une de ces trois situations ci-dessus

Non concerné(e)

## Conduites addictives, consommation de boissons alcoolisées, tabac et autres substances

Q. 34. **Au cours de l’année écoulée, concernant votre consommation de boissons alcoolisées :**

Vous buvez plus de 2 verres standards par jour

Vous buvez plus de 10 verres standards par semaine

Vous ne buvez pas de boissons alcoolisées au moins 2 jours dans la semaine

Q. 35. **Vous arrive-t-il de consommer rapidement une quantité importante de boissons alcoolisées afin d’obtenir une sensation d’ivresse ?**

Oui

Non

Q. 36. **Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?**

Oui, je fume

Oui, je vapote

Non

J’ai arrêté

Q. 37. **Avez-vous consommé d’autres substances au cours des 12 derniers mois ? Cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint ou shit), d’autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne, etc.) ou du protoxyde d’azote ?**

Oui, du cannabis

Oui, d’autres drogues

Oui, du protoxyde d’azote

Non

Q. 38. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous misé de l’argent pour un jeu (loterie, poker...), un pari (sportif, hippique...) ?**

Oui, souvent

Oui, de temps en temps

Oui, rarement

Non

## Santé et bien-être mental, violences

Q. 39. **Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?**

Oui, souvent

Oui, parfois

Non

Vous prenez des somnifères

Q. 40. **Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :**

Moins de 6h par nuit

Entre 6h et 10h par nuit

10h ou plus par nuit

Q. 41. **Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu un sentiment de nervosité, d’anxiété ou de tension ?**

Jamais

Plusieurs jours

Plus de sept jours

Presque tous les jours

Q. 42. **Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous été incapable d’arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes ?**

Jamais

Plusieurs jours

Plus de sept jours

Presque tous les jours

Q. 43. **Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé peu d’intérêt ou de plaisir à faire les choses ?**

Jamais

Plusieurs jours

Plus de sept jours

Presque tous les jours

Q. 44. **Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois avez-vous éprouvé un sentiment de tristesse, de déprime ou de désespoir ?**

Jamais

Plusieurs jours

Plus de sept jours

Presque tous les jours

Q. 45. **Avez-vous déjà eu des idées noires / suicidaires ou fait une tentative de suicide ?**

Oui, des idées noires / suicidaires

Oui, une ou des tentatives de suicide

Non

Q. 46. **Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (menaces, chantage, humiliations, coups, mutilations...), harcèlements, discrimination, soumission chimiques ou drogues sans consentement (ex : GHB) ?**

Oui

Non

Je ne sais pas

## Précisions complémentaires concernant votre santé

Q. 47. **Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan Prévention ?**

Mieux dormir

Améliorer mon alimentation et bouger plus

Réduire ou arrêter ma consommation de tabac

Réduire ou arrêter ma consommation d’alcool

Améliorer mon bien-être mental, réduire mon stress ou mon anxiété

Passer moins de temps devant un écran ou mon téléphone

Mieux m’informer sur les dépistages concernant ma tranche d’âge

Q. 47 bis. **Souhaitez-vous aborder un ou plusieurs sujets en priorité, avec le professionnel de santé au cours de votre Bilan prévention ?**

…

# Les bons conseils pour prendre soin de soi

## **Bouger davantage**

30 minutes par jour d’activité physique d’intensité modérée.

Lien : [50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus](https://www.mangerbouger.fr/content/show/1501/file/Brochure_50_petites_astuces.pdf).

## **Manger sainement**

Fruits et légumes ; moins de gras, de sel et de sucres ; poissons 2 fois par semaine ; produits frais cuisinés à la maison...

Lien : [50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus](https://www.mangerbouger.fr/content/show/1501/file/Brochure_50_petites_astuces.pdf)

## **Réduire son stress**

Respirer, en parler à ses proches, lister mes besoins, prioriser...

Lien : [Santé Mentale Info](https://www.psycom.org/)

## **Préserver sa santé mentale**

La santé mentale est indispensable à votre bien-être.

Lien : [Santé Mentale Info](https://www.psycom.org/)

## **Arrêter le tabac**

Utiliser des substituts nicotiniques et se faire aider par un professionnel de santé.

Besoin de soutien ? Lien : [Tabac Info Service](https://www.tabac-info-service.fr/)

## **Maîtriser l’alcool**

2 verres par jour, soit 10 par semaine, au maximum avec 2 jours sans alcool.

Besoin de soutien ? Lien : [Alcool Info Service](https://www.alcool-info-service.fr/)

## **Bien dormir**

Se coucher et se lever à heure fixe, réserver la chambre au sommeil, éviter les écrans...

Lien : [10 recommandations de nos médecins du sommeil](https://institut-sommeil-vigilance.org/10-recommandations-de-nos-medecins-du-sommeil-pour-bien-dormir/)

## **Lutter contre les violences**

Les violences ont toutes des conséquences importantes. Pour être écouté, informé ou orienté, appeler le 3919.

Lien : [Arrêtons les violences](https://arretonslesviolences.gouv.fr/)

## **Dépister les cancers**

Chez les femmes, le dépistage du cancer du col de l’utérus, c’est tous les 5 ans chez votre médecin ou sage-femme ! À partir de 50 ans, je pense à faire le test de dépistage du cancer colorectal (et la mammographie si je suis une femme).

Lien : [Contre les cancers, vos conseils dépistage](https://www.cancer.fr/toute-l-information-sur-les-cancers/se-faire-depister/les-depistages/depistage-du-cancer-du-sein/prevenir-et-depister-tot)

Je me rends sur [sante.fr](https://www.sante.fr/) pour prendre rendez-vous avec un professionnel de santé et bénéficier de conseils personnalisés et d’actions de prévention adaptées, me permettant d’améliorer mon état de santé.

Ce Bilan Prévention est pris en charge à 100 % par l’assurance maladie.

Si possible lors de mon bilan, je rapporte mes informations de vaccinations ainsi que mes derniers résultats d’analyses (sanguines, urinaires...) et de dépistage.