MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

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

Q1 - Vous êtes :

- ○ Une femme
- ○ Un homme
- ○ Autre

Q2 - Vous êtes :

- ○ En études
- ○ En emploi
- ○ À la recherche d'un emploi
- ○ En cumul étude-emploi
- ○ Autre

Q3 - Vous habitez :

- ○ Seul(e)
- ○ Chez vos parents
- ○ En couple
- ○ Avec d'autres personnes (amis, colocataires, ...)

Q4 - Avez-vous un ou plusieurs enfants ?

- ○ Oui
- ○ Non

Q5 - Si oui, êtes-vous seul(e) pour l'élever ou les élever ?

- ○ Oui
- ○ Non

Q6 - Envisagez-vous d'avoir un enfant dans les 5 prochaines années ?

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Je ne sais pas

Q7 - 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

Q8 - En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?

- ○ Oui
- ○ Non

Q9 - Jugez-vous vos conditions de vie, de travail ou d'étude difficiles/pénibles ?

- ○ Oui
- ○ Non

Vos antécédents personnels et familiaux

Q10 - 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

Q11 - Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ?

- ○ Oui
- ○ Non

Q12 - 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

Q13 - Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ?

Exemple:diabète,hypertensionartérielle,cancer, infarctus, mort subite, hypercholestérolémie familiale, ...

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Je ne sais pas

l'Assurance Maladie — msa santé famille retraite services — Santé publique France

Votre état de santé actuel

Q14 - Suivez-vous actuellement un traitement ?

○ Oui ○ Non

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

Q15 - Taille : ☐ m

Q16 - Poids : ☐ kg

Q17 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?

- ○ Oui, un amaigrissement
- ○ Oui, une prise de poids
- ○ Non

Q18 - Diriez-vous que la nourriture occupe une place très importante dans votre vie ?

○ Oui ○ Non

Q19 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...) ?

○ Oui ○ Non

Q20 - Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?

○ Oui ○ Non

Activité physique, sédentarité et alimentation

Q21 - 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

Q22 - 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

Q23 - 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

Q24 - 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

Q25 - 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

Q26 - 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

Q27 - Êtes-vous vacciné(e) contre les papillomavirus humains (HPV) ?

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Q28 - 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

Q29 - Êtes-vous allée chez le gynécologue dans les 12 derniers mois ?

○ Oui ○ Non
○ Non concerné(e)

Q30 - Utilisez-vous un moyen de contraception ?

○ Oui ○ Non

Q31 - Avez-vous des douleurs intenses au bas ventre au moment de la période des règles ?

○ Oui ○ Non
○ Non concerné(e)

Q32 - Avez-vous déjà réalisé un dépistage des des infections sexuellement transmissibles ?

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Q33 - 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

Q34 - 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

Q35 - Vous arrive-t-il de consommer rapidement une quantité importante de boissons alcoolisées afin d'obtenir une sensation d'ivresse ?

○ Oui ○ Non

Q36 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?

☐ Oui, je fume ☐ Oui, je vapote
☐ Non ☐ J'ai arrêté

Q37 - 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

Q38 - 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

Q39 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?

- ☐ Oui, souvent
- ☐ Oui, parfois
- ☐ Non
- ☐ Vous prenez des somnifères

Q40 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :

- ○ Moins de 6h par nuit
- ○ Entre 6h et 10h par nuit
- ○ 10h ou plus par nuit

Q41 - 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

Q42 - 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

Q43 - 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

Q44 - 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

Q45 - 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

Q46 - 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

Q47 - 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

Q47 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.

50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus



Manger sainement

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

50 petites astuces pour manger mieux et bouger plus



Réduire son stress

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

Santé Mentale Info



Préserver sa santé mentale

La santé mentale est indispensable à votre bien-être.

Santé Mentale Info



Arrêter le tabac

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

Besoin de soutien ? Tabac Info Service

MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

Mon Bilan Prévention
18-25 ans



Maîtriser l'alcool

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

Besoin de soutien ? Alcool Info Service



Bien dormir

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

10 recommandations de nos médecins du sommeil



Lutter contre les violences

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

Arrêtons les violences



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).

Contre les cancers, vos conseils dépistage

Je me rends sur 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.

l'Assurance Maladie

msa santé famille retraite services

Santé publique France

MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

Mon Bilan **Prévention**

18-25 ans

Fiche d'aide au repérage des risques entre 18 et 25 ans

À compléter par le professionnel de santé

Situation personnelle

Date du rendez-vous : .....
Nom et prénom : .....
Âge : ..... ans
Genre : ○ Homme ○ Femme ○ Ne souhaite pas répondre
Activité actuelle : .....
Antécédents médicaux/d'hospitalisation : ○ Oui ○ Non
Si oui, lesquels .....
.....

○ Situation de handicap : ○ inscrit à la MDPH
Pression artérielle : ...../ .....mmHg
Taille : .....m Poids : .....kg
Médecin traitant : ○ Oui ○ Non
Si pas de médecin traitant, signaler, avec l'accord du patient, la situation à la CPAM
Antécédents familiaux : ○ Oui ○ Non
Si oui, lesquels .....
.....

Environnement social et familial

Nombre d'enfant(s) : .....
Le patient est dans une situation de :
○ Étudiant ○ En emploi ○ En recherche d'emploi ○ Rôle d'aidant ○ Vit chez ses parents ○ Vit seul(e)

État de santé actuel

Si le patient suit un traitement
Lesquels : .....
.....
○ Médicament ou association contre-indiquée
○ Polymédication

Contraception :
○ Hormonal ○ Par stérilet ○ Par méthode barrière
○ Par méthode naturelle
○ Autre : .....

Si douleurs intenses au bas ventre lors de la période de règle :
○ Pas d'explorations complémentaires réalisées
○ Des explorations complémentaires ont déjà été réalisées

Si variation de poids :
○ Gain ○ Perte : de ..... kg en ..... mois

Activité physique et sédentarité

○ Activité physique insuffisante ○ Sédentarité
○ Temps d'écran important
○ Autre : .....

Santé sexuelle

○ Exposition aux IST, troubles sexuels
○ Contraception inadaptée, infertilité
○ Autre : .....

Santé mentale

Résultat au test Score PHQ4 : .....
Résultat au test Échelle HAD : .....
○ Idées suicidaires
○ Antécédents de troubles anxio-dépressifs
○ Antécédent de passage à l'acte
○ Sommeil insuffisant et/ou de mauvaise qualité
○ Autres (TCA, Stress post-traumatique, etc.)

Si suspicion de troubles du comportement alimentaire, demander :
○ Vous arrive-t-il de vous faire vomir ?
○ Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?
○ Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ?
○ Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?

Le patient dispose-t-il ?
D'un suivi ophtalmologique : ○ Oui ○ Non
D'un suivi dentaire : ○ Oui ○ Non
D'un suivi gynécologique : ○ Oui ○ Non

l'Assurance Maladie
msa santé famille retraite services
Santé publique France

MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

Mon Bilan **Prévention**

18-25 ans

Alimentation

Alimentation trop : ○ Grasse ○ Sucrée ○ Salée
○ Consommation de fruits et légumes insuffisante
○ Autre : .....

Violences physiques, sexuelles ou psychiques

○ Harcèlement, discrimination
○ Violences en cours ou passées
○ Autre : .....

Pratiques addictives et usages à risque

○ Tabac, vapotage :
Résultat test de Fagerstrom simplifié (HAS) : .....
○ Alcool ○ Binge drinking
Résultat questionnaire FACE ou AUDIT (HAS) : .....
○ Cannabis
Résultat questionnaire CAST : .....
○ Autre drogues : .....
○ Protoxyde d'azote/gaz hilarant
○ Jeux d'argent : .....
○ Médicament : .....

Parcours de santé, vaccinations et dépistages

○ Vaccinations et rappels de vaccination recommandés à réaliser : .....
○ Vaccin(s) réalisé(s) lors du bilan : .....
○ Prescription remise si vaccin(s) non réalisé(s) lors du Bilan Prévention. Lesquels : .....
○ Dépistage VIH/IST à effectuer
○ Prescription remise pour le dépistage VIH/IST lors du Bilan Prévention
○ Indication à la mise en place d'une PrEP VIH

Explorations complémentaires souhaitables :

○ Dépistage du cancer du col de l'utérus
○ Dépistage du cancer du sein chez un patient à risque élevé/très élevé
○ Dépistage du cancer colorectal chez un patient à risque élevé/très élevé
○ Suivi du diabète
○ Recherche diagnostique d'endométriose
○ Recherche de trouble du comportement alimentaire
○ Bilan biologique, précisez : .....
○ Autres : .....

Santé et environnement

○ Habitat non aéré, moisissures, acariens
○ Exposition à des polluants/produits chimiques dans un cadre professionnel
○ Exposition au bruit
○ Autre : .....

Pour les personnes domiciliées aux Antilles françaises :

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

Commentaires du professionnel de santé

.....

.....

DÉCISION PARTAGÉE

Thématique(s) priorisée(s) pour l'intervention brève (1 ou 2)

1 .....

2 .....

MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

Mon Bilan Prévention

18-25 ans

Plan Personnalisé de Prévention

Rédaction partagée (par la personne et le professionnel de santé), à l'issue de l'intervention brève.

Mes priorités en santé[1]	Freins rencontrés	Conseils, modalités pratiques[2]	Ressources et intervenants

Modalités de suivi

Changer d'habitude n'est pas facile. Échanger avec une ou plusieurs personnes de confiance sur vos objectifs est un facteur de succès important pour maintenir votre motivation.

○ Je m'oppose à ce que ce document soit communiqué à mon médecin traitant.

→ Plus de ressources sur

l'Assurance Maladie

msa santé famille retraite services

Santé publique France

1 Les priorités du PPP sont définies avec l'appui du professionnel de santé. Elles doivent être réalistes et en nombre limité.
2 Exemples d'actions précises : appeler un numéro de ligne d'écoute, expliquer ce qu'est une Consultation Jeunes Consommateurs et comment s'y rendre…