MINISTÈRE
DU TRAVAIL
DE LA SANTÉ
ET DES SOLIDARITÉS

Liberté
Égalité
Fraternité

Mon Bilan Prévention

70-75 ans

Prendre soin de soi est important

C'est pourquoi entre 70 et 75 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 - Assumez-vous un rôle d'aidant ? Aidez-vous une personne de manière régulière et fréquente, en raison de son âge, de la maladie ou d'une situation de handicap ?

- ○ Oui
- ○ Non

Q3 - En cas de besoin, pouvez-vous compter sur une personne de votre entourage ?

- ○ Oui
- ○ Non

Q4 - Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des proches (amis, membres de votre famille) ?

- ○ Oui
- ○ Non

Vos antécédents personnels et familiaux

Q5 - Avez-vous ou avez-vous eu une de ces maladies ou facteurs de risques ?

- ☐ Hypertension artérielle, diabète, cholestérol sanguin élevé
- ☐ Maladies cardiovasculaires (infarctus, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, AVC...)
- ☐ Cancers
- ☐ Maladies respiratoires (asthme, bronchite chronique, BPCO)
- ☐ Arthrose ou maladie rhumatismale
- ☐ Fractures d'une vertèbre ou du col du fémur et/ou ostéoporose
- ☐ Autre(s) maladie(s) : _____
- ☐ Aucune

Q6 - À quand remonte votre dernière prise de sang et/ou une analyse d'urine ?

- ○ Moins de 6 mois
- ○ Plus de 6 mois

Merci d'en rapporter les résultats, si possible, lors de votre Bilan Prévention.

Q7 - Des personnes de votre famille proche (mère, père, sœur ou frère) sont ou ont été atteintes de maladies connues ?

Exemple : diabète, hypertension artérielle, cancer, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), maladie d'Alzheimer, ostéoporose, fracture du col du fémur,...

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ Je ne sais pas

Votre état de santé actuel

Q8 - Suivez-vous actuellement un traitement ?

- ○ Oui
- ○ Non

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

Q9 - Taille : _____ **m**

Q10 - Poids : _____ **kg**

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

Q11 - Avez-vous constaté une variation de votre poids lors des 6 derniers mois ?

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

Q12 - Avez-vous observé des gonflements importants et/ou inhabituels de vos chevilles ou de vos jambes ?

○ Oui ○ Non

Q13 - Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs dans la poitrine notamment lors d'un effort ?

○ Oui ○ Non

Q14 - Toussez-vous souvent (tous les jours) ?

○ Oui ○ Non

Q15 - Avez-vous souvent une toux grasse ou qui ramène des crachats ?

○ Oui ○ Non

Q16 - Êtes-vous plus facilement essoufflé(e) que les personnes de votre âge ?

○ Oui ○ Non

Q17 - Faites-vous des pauses respiratoires ou des ronflements importants lors de votre sommeil, notamment constatés par votre entourage ?

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Q18 - Si vous êtes une femme, à quel âge avez-vous été ménopausée ? ☐

Q19 - Êtes-vous allé(e) chez le dentiste dans les 12 derniers mois ?

○ Oui ○ Non

Q20 - Avez-vous l'impression de voir moins bien (difficultés pour lire, pour voir de loin...) ?

○ Oui ○ Non

Q21 - Avez-vous l'impression d'entendre moins bien et/ou votre entourage a-t-il l'impression que votre audition a baissé ?

○ Oui ○ Non

Q22 - Êtes-vous sujet à des troubles urinaires ?

○ Oui ○ Non

Q23 - Avez-vous eu, durant les 12 derniers mois, des problèmes (courbatures, douleur, inconfort) au niveau du cou, du dos, des épaules ou des mains qui impactent votre vie quotidienne ?

○ Oui ○ Non

Q24 - Avez-vous la sensation d'oublier des choses ?

○ Oui ○ Non

Q25 - Avez-vous des difficultés à réaliser certains gestes de la vie quotidienne ?

- ☐ Quitter son lit et/ou se coucher seul(e)
- ☐ Aller seul(e) aux toilettes
- ☐ Faire sa toilette seul(e)
- ☐ Se vêtir et/ou se dévêtir seul(e)
- ☐ Manger et boire seul(e)
- ☐ Marcher seul(e) avec ou sans béquille, canne...
- ☐ Utiliser seul(e) un moyen de transport (transports en commun, voiture....)

Activité physique, sédentarité et alimentation

Q26 - Combien de fois par semaine faites-vous au moins 30 minutes d'activités physiques dynamiques au cours d'une journée (marche, ménage, jogging, vélo, jardinage, 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

Q27 - 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

Q28 - 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

Q29 - 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

Q30 - Combien de temps par jour passez-vous devant un écran en dehors du travail (téléphone portable, télévision, ordinateur) ?

- ○ Moins d'une heure
- ○ Entre 1 heure et 2 heures
- ○ Entre 2 et 4 heures
- ○ Plus de 4 heures
- ○ Je ne sais pas

Santé-environnement

Q31 - Avez-vous un logement facile d'accès en cas de mobilité réduite ? (logement de plain-pied, logement avec ascenseur, présence d'une rampe d'accès à l'immeuble ou au perron de la maison, ...)

- ○ Oui ○ Non

Q32 - Avez-vous un logement adapté à la prévention des chutes ? (douche plutôt qu'une baignoire, barre de douche, revêtement anti-chutes, WC surélevé, ...)

- ○ Oui ○ Non

Vaccins, dépistages et santé sexuelle

Q33 - 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

Q34 - Avez-vous déjà réalisé un test de dépistage du cancer colorectal ?

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

- ○ Oui, il y a moins de 2 ans
- ○ Oui, il y a plus de 2 ans
- ○ Non, jamais
- ○ Je ne sais pas

Q35 - Avez-vous déjà réalisé une mammographie de dépistage du cancer du sein ?

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

- ○ Oui, il y a moins de 2 ans
- ○ Oui, il y a plus de 2 ans
- ○ Non, jamais
- ○ Je ne sais pas

Q35 bis - Avez-vous déjà 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

Q36 - 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

Q37 - 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

Q38 - Actuellement, fumez-vous (cigarette, tabac à rouler, cigare, pipe, chicha, narguilé...) ou vapotez-vous ?

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

Q39 - Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?

- ○ Moins d'un an
- ○ Entre 1 an et 5 ans
- ○ Plus de 5 ans

Q40 - Avez-vous consommé d'autres substances au cours des 12 derniers mois ? Cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint ou shit) ou d'autres drogues (ecstasy, cocaïne, héroïne etc.) ?

- ☐ Oui, du cannabis
- ☐ Oui, d'autres drogues
- ☐ Non

Q41 - 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

Q42 - Votre regard sur le fait de passer ou d'être à la retraite est :

- ○ Très positif
- ○ Plutôt positif
- ○ Plutôt négatif
- ○ Très négatif

Q43 - Depuis que vous êtes en retraite, vous impliquez-vous dans de nouveaux projets (sorties, passe-temps, clubs, associations...) ?

- ○ Oui, et j'ai déjà mis en place ces projets
- ○ Oui, j'ai des projets prévus mais je ne les ai pas encore concrétisés
- ○ Non, je ne sais pas encore quels seront mes projets

Q44 - Diriez-vous que vous avez des problèmes de sommeil ?

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

Q45 - Concernant le sommeil, en moyenne vous dormez :

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

Q46 - 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

Q47 - 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

Q48 - 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

Q49 - 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

Q50 - Avez-vous déjà eu des idées noires/ suicidaires ou fait une tentative de suicide ?

- ☐ Oui, des idées noires/suicidaires
- ☐ Oui, une ou des tentative(s) de suicide
- ☐ Non

Q51 - Avez-vous déjà été victime de violences physiques, sexuelles ou psychiques (coups, mutilations, menaces, chantage, humiliations...), harcèlements, discrimination, soumission chimique etc... ?

○ Oui ○ Non ○ Je ne sais pas

Précisions complémentaires concernant votre santé

Q52 - 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
- ☐ Mieux connaitre / comprendre / prévenir les effets du vieillissement
- ☐ Mieux m'informer sur les dépistages concernant ma tranche d'âge

Q52 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
70-75 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

70-75 ans

Fiche d'aide au repérage des risques entre 70 et 75 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

Le patient est dans une situation de : ◯ Rôle d'aidant ◯ Situation d'isolement ◯ Perte d'autonomie/dépendance

État de santé actuel

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

Si toux fréquente, grasse ramenant des crachats ou essoufflement prononcé :
◯ Pas d'explorations complémentaires réalisées
◯ Des explorations complémentaires ont déjà été réalisées

Si pauses respiratoires ou ronflements importants pendant le sommeil :
◯ Le patient est appareillé pour une apnée du sommeil
◯ Polysomnographie déjà réalisée avant le Bilan Prévention

Si variation de poids :
◯ Gain ◯ Perte : de ..... kg en ..... mois
◯ Perte d'appétit

Si ostéoporose :
◯ Ostéodensitométrie réalisée

Recherche de facteurs de risques de chute :
◯ La personne présente des risques, précisez .....
.....

Si suspicion de DMLA :
◯ Si réalisé lors du Bilan Prévention, résultat du test de AMLER :
.....

Si fractures du rachis et/ou du col du fémur, précisez si liées à un traumatisme majeur : .....

Perte d'autonomie – évaluation des capacités intrinsèques (ICOPE)

Capacités visuelles :
Résultat du tableau optométrique de l'OMS :
.....

Capacités auditives :
◯ Résultat du test de la voix chuchotée :
.....
◯ Résultat avec l'audiométrie à 35 dB
.....

Capacités locomotrices :
◯ Test de la chaise : le patient s'est levé de la chaise 5 fois en 14s

Capacités cognitives :
◯ Résultat du test des 3 mots réalisé :
.....
◯ Résultat du test d'orientation dans le temps et l'espace :
.....
◯ Proposition suivi ICOPE

Alimentation

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

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

Santé mentale

Résultat au test Score PHQ4 : .....
Résultat au test Échelle HAD : .....

Si passage à la retraite mal vécu :
Précisez : .....

Si patient toujours actif, Conditions de travail pénibles :

- ◯ Moralement ◯ Physiquement
- ◯ Antécédents de troubles anxio-dépressifs
- ◯ Sommeil insuffisant et/ou de mauvaise qualité

Violences physiques, sexuelles ou psychiques

- ◯ Harcèlement, discrimination, humiliation
- ◯ Violences en cours ou passées
- ◯ Autre : .....

Si cas de violences (physiques, psychiques, humiliation...) :

Précisez : ◯ À la maison ◯ Au travail
◯ Dans l'espace public ◯ Internet
◯ Lieu de loisirs
◯ Autre : .....

Pratiques addictives et usages à risque

- ◯ Tabac, vapotage :
  Résultat test de Fagerstrom simplifié (HAS) : .....
- ◯ Alcool
  Résultat questionnaire FACE ou AUDIT (HAS) : .....
- ◯ Cannabis
  Résultat questionnaire CAST : .....
- ◯ Autres drogues : .....
- ◯ Arrêt d'une consommation (précisez le produit et le motif d'arrêt) : .....
- ◯ Jeux d'argent
- ◯ Médicaments addictogènes : .....

Activité physique et sédentarité

- ◯ Activité physique, si non pourquoi : .....
  .....
- ◯ Sédentarité

Santé sexuelle

- ◯ Exposition aux IST, troubles sexuels
- ◯ Autre : .....

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 :

- ◯ Mammographie de dépistage organisé du cancer du sein
- ◯ Test de dépistage organisé du cancer colorectal
- ◯ 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
- ◯ Dépistage du diabète
- ◯ Dépistage de l'insuffisance rénale chronique
- ◯ HTA (pour objectif thérapeutique non atteint, diagnostic d'une HTA....)
- ◯ Ostéodensitométrie
- ◯ 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

70-75 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…