

Questionnaire médical complet



Adhésion⁽¹⁾ Modification numéro d'adhésion⁽¹⁾

DANS QUEL CAS DEVEZ-VOUS COMPLÉTER CE QUESTIONNAIRE ?

- Si vous êtes en arrêt de travail, en invalidité 1^{re} 2^e ou 3^e catégorie ou en incapacité permanente professionnelle, en temps partiel thérapeutique ou exonéré du ticket modérateur.
- En cas d'augmentation du montant de la rente.

A COMPLÉTER PAR L'INTÉRESSÉ

Vous êtes ⁽¹⁾ : Agent de Pôle emploi en activité En suspension de contrat de travail

M^{me} M.

Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance JJMMAAAA Département de naissance

Lieu de naissance

Adresse

Code postal Ville

E-mail

Téléphone fixe Téléphone portable

Etablissement Pôle emploi dont vous dépendez Code

Date de dernière embauche JJMMAAAA

(1) Cocher la case correspondante



Paraphe

QUESTIONNAIRE A COMPLÉTER

CHAQUE QUESTION NÉCESSITE OBLIGATOIREMENT UNE RÉPONSE PAR OUI OU NON

VOTRE VIE QUOTIDIENNE

1- Indiquez si vous pouvez :

Faire seul(e) votre toilette en totalité

OUI NON

expliquez pourquoi

Vous habiller, vous chausser, mettre des bas ou des chaussettes, de façon autonome

OUI NON

Faire vos courses seul(e) et les ramener chez vous sans aide

OUI NON

Préparer et prendre vos repas sans aide

OUI NON

Faire votre ménage régulièrement (rangement, vaisselle, nettoyage, lessive, repassage)

OUI NON

Monter et descendre des escaliers sans difficulté

OUI NON

Ecrire, utiliser un téléphone

OUI NON

Conduire, prendre un taxi ou les transports en commun

OUI NON

Prendre le traitement prescrit par votre médecin

OUI NON

Gérer votre budget et effectuer des démarches administratives de façon totalement autonome

OUI NON

2 - Précisez si vous habitez :

seul(e) en famille chez vous AUTRE

Si vous avez répondu **AUTRE**, expliquez dans quelle structure et pour quel motif : _____

3 - Quels sont vos loisirs actuels ? _____

HANDICAP - PRESTATIONS - AIDES

4 - Handicap - Prestations - Aides

Si vous avez répondu OUI précisez

4.1 Avez-vous une infirmité, des séquelles d'accident, un handicap ?

OUI NON

4.2 Avez-vous une aide-ménagère pour raison médicale ?

OUI NON

4.3 Utilisez-vous une canne, un déambulateur ou tout autre appareillage au quotidien ?

OUI NON

4.4 Bénéficiez-vous ou une demande est elle en cours pour obtenir :

• l'exonération du ticket modérateur (100%) ?

OUI NON

• une carte adulte handicapé ou station debout pénible?

OUI NON

• l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) ?

OUI NON

4.5 Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'incapacité pour maladie ou accident ?

OUI NON

VOTRE SANTÉ

5. Veuillez indiquer :

VOTRE TAILLE (en cm) :

VOTRE POIDS (en kg) :



6. Prenez-vous un traitement médical ? OUI NON

SI OUI, indiquez les médicaments : _____

→ Joindre la photocopie de la dernière ordonnance.

7. Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 5 dernières années ? OUI NON

(Cela ne concerne pas les hospitalisations pour : hernie inguinale, appendicite, amygdales, végétations, varices, dents, ORL, cataracte, prostate, canal carpien, hallux valgus, esthétiques, fibroscopie, coloscopie)

Si vous avez répondu OUI, précisez le motif et joindre le compte rendu.

8. Prochainement, devez-vous être hospitalisé(e), subir des examens, consulter un spécialiste ? OUI NON

Si vous avez répondu OUI, précisez à quelle date et pour quel motif.

9. Avez-vous eu ou avez vous :

Si vous avez répondu OUI précisez

- | | | |
|--|---|-------|
| 9.1 des troubles de la parole, de l'écriture, de la mémoire ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.2 un accident ischémique transitoire (AIT) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.3 une paralysie, même passagère ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.4 une maladie d'Alzheimer, une sclérose en plaques (SEP) ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.5 une maladie de Parkinson ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.6 un accident vasculaire cérébral (AVC), une hémorragie cérébrale ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.7 une maladie des muscles, une myopathie ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.8 Êtes-vous suivi par un psychiatre ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.9 Êtes-vous suivi pour une épilepsie, des vertiges ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.10 Êtes-vous suivi pour des pertes de connaissance, des tremblements ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.11 Avez-vous consulté un neurologue au cours des cinq dernières années ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |
| 9.12 Avez-vous effectué une évaluation ou un bilan de la mémoire ? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | _____ |

10. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été suivi(e) pour une affection cancéreuse ? OUI NON

SI OUI, donnez les précisions suivantes :

- 10.1 Localisation : _____
- 10.2 Date de diagnostic : _____
- 10.3 Date de fin du traitement (chimiothérapie, radiothérapie) : _____
- 10.4 Y a-t-il eu une rechute ? OUI NON Date :



Paraphe

11. Êtes-vous suivi(e) pour un diabète ?

OUI NON

SI OUI, adresser le dernier dosage sanguin de HbA1c (hémoglobine glyquée)

12. Avez-vous un trouble du rythme cardiaque ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez _____

13. Avez-vous un traitement anticoagulant ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez _____

14. Avez-vous une hypertension artérielle traitée
ou non traitée ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez _____

15. Pathologies ophtalmologiques :

15.1 Avez-vous une DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) ?

OUI NON

15.2 Êtes-vous gêné pour lire ou vous déplacer, même avec vos lunettes ou lentilles ?

OUI NON

15.3 Avez-vous une maladie des yeux autre que presbytie, astigmatisme, hypermétropie,
cataracte, myopie ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez quelle maladie _____

16. Avez-vous :

16.1 une insuffisance respiratoire, de l'emphysème ?

OUI NON

16.2 une atteinte des carotides ?

OUI NON

16.3 des problèmes concernant les os, les articulations ?

OUI NON

16.4 une maladie rhumatismale ?

OUI NON

16.5 Avez-vous des problèmes aux membres supérieurs
limitant certains gestes de la vie quotidienne ?

OUI NON

16.6 Avez-vous des problèmes aux membres inférieurs
limitant la marche, l'utilisation des escaliers ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez

17. Présentez-vous une pathologie non citée dans les questions précédentes ?

OUI NON

Si vous avez répondu OUI précisez _____

RAPPEL IMPORTANT

Merci de vérifier que votre questionnaire est complet, lisible, non raturé, daté et signé.

Tout questionnaire comportant des questions sans réponse sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété. Les antécédents demandés dans ce questionnaire ne sont pas limités dans le temps.



Paraphe
