

Questionnaire Nouveau Patient : Dre Indi Noël

Prénom : _____ Nom : _____ Prénom d'usage : _____

Date de naissance : _____

Sexe à la naissance : F H autre Genre actuel : F H autre

Problèmes médicaux actuels ou pour lesquels vous êtes actuellement traité(e) ou problèmes intermittents:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil : CPAP utilisé? _____ | <input type="checkbox"/> Reflux/acidité |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> hypothyroïdie/problème de thyroïde | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire |
| <input type="checkbox"/> Infarctus : année _____ | <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> AVC : année _____ | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Migraines : avec auras/sans auras | <input type="checkbox"/> _____ |

Problèmes médicaux passés (résolus) ou en bas âge. Inscrive les détails et année(s):

- fracture/os cassé : _____ Dépression Anxiété
 autre : _____ autre : _____
 autre : _____ autre : _____

Avez-vous déjà été hospitalisé ? non oui pourquoi? _____

Chirurgies (cochez, inscrire le type de chirurgie et/ou l'année) :

- Amygdales _____ Appendice _____ Ligature des trompes _____
 Vésicule biliaire _____ Utérus _____ Vasectomie _____
 Opération au cœur _____ autre : _____

Êtes-vous suivi par un/une/des spécialiste(s)? non oui : nom(s) et spécialité(s) _____

Allergies/intolérances

- Saisonniers animaux : _____ aliments : _____
 Médicament : _____ type de réaction : _____
Avez-vous un Épipen® ou l'équivalent ? non oui
 intolérance lactose intolérance autre : _____

Médication

que vous prenez actuellement OU demandez à la pharmacie de vous imprimer une liste et apportez-la

Nom	Dose	Nombre de prises

Médication que vous avez prise dans le passé mais que vous ne prenez plus et la raison de l'arrêt

Nom	Année d'utilisation	Raison de l'arrêt

Suppléments, vitamines ou produits naturels

Nom	dose	Pourquoi?

Femmes :

Date des dernières menstruations : _____ OU Année ménopause : _____

Avez-vous des symptômes de ménopause? non oui : lesquels? _____

Avez-vous déjà utilisé des hormones pour la ménopause? non oui : quand? _____

Cycle menstruel/règles : régulières irrégulières absentes

Quantité de menstruations/règles : abondantes normales absentes

Type de contraception utilisé **actuellement** : pilule (nom _____) injection timbre cutané

anneau vaginal stérilet (cuivre/Mirena®) Implant(Nexplon®) condom aucune

Type de contraception utilisé **dans le passé**: pilule (noms _____)

injection timbre cutané anneau vaginal stérilet (cuivre/Mirena) Implant

Nombre de grossesses : _____ Nombre de fausses couches/avortements _____

Année des naissances & type (vaginale/césarienne) : _____

Complications de grossesse : aucune hypertension de grossesse prééclampsie diabète de grossesse

Complications d'accouchement : aucune autre : _____

Date dernier test PAP : _____

Avez-vous déjà eu un PAP anormal ? non oui : quand? _____ quelle fut la suite? _____

Date dernière mammographie : _____

Avez-vous déjà eu une mammo. anormale ? non oui : quand? _____ quelle fut la suite? _____

Hommes :

Est-ce que vous avez noté un changement au niveau de votre urination?

non oui : encercler ce qui s'applique plus fréquent / difficile d'initier / jet intermittent / jet faible

Est-ce que vous avez noté un changement au niveau de vos érections? non oui

Avez-vous déjà eu un test sanguin pour la prostate? non oui : quand? _____ Pourquoi? _____

Immunisation/Vaccins :

Avez-vous reçu tous vos vaccins d'enfance? Oui probablement Non Je ne sais pas

Cochez les vaccins que vous avez reçus et la date ou l'année de la **dernière dose**

Influenza/grippe date/année _____

Pneumonie date/année _____

Hépatite A _____ Hépatite B _____

Zona (nombre de doses 1-2) date/année _____

Covid (nombre de doses 1-2-3-4) date/année _____

Tétanos date/année _____

Vaccins de voyage suivants : _____

Habitudes de Vie :

Quelle est votre **occupation** actuelle : _____

Quelles autres occupations avez-vous eues dans le passé : _____

Statut : marié/en union célibataire

Avez-vous des enfants? Non Oui : âge de ceux-ci _____

Habitation : maison appartement résidence de groupe autre : _____

seul/seule avec d'autres personnes : qui? _____

Déplacements : je conduis une voiture je ne conduis jamais de véhicule

Fumez-vous/utilisation **tabac**? Non oui : type: _____ combien : _____

Vapotage? Non oui : combien : _____

Avez-vous déjà fumé? Non oui : combien: _____ X _____ années. Quand avez-vous cessé? _____

Drogues utilisée (incluant cannabis) : aucune Oui , lesquelles/combien? _____

Buvez-vous de l'**alcool**? Non Oui : combien: _____/semaine

Activités physiques (exercices) pratiquées : _____

Suivez-vous une diète spéciale? non oui : laquelle _____

Combien de **repas** par jour prenez-vous? _____

Comment considérez-vous votre alimentation? Excellente Bonne Il y a place à amélioration

Consommez-vous des produits laitiers(lait, yaourt, fromage) : non oui combien _____/jour

Consommation de :

café/thé : _____/jour boisson gazeuse : _____/jour boisson énergisante : _____/jour

Sommeil :

Combien d'heures par jour dormez-vous _____ Faites-vous une sieste? oui non

Dormez-vous bien? oui non Pourquoi? _____

Ronflez-vous? non oui je ne sais pas Vous sentez-vous reposé au réveil? oui non

Voyagez-vous régulièrement? non oui _____

Avez-vous vécu dans un autre pays pour une durée prolongée (plus d'un mois?). Si oui lesquels et quand?

Dépistage : Avez-vous déjà eu ces examens :

Colonoscopie? non oui Quand? _____ Pourquoi? _____ Prochaine quand? _____

Résultat? normal polypes hémorroïdes autre : _____

Avez-vous déjà eu un test de sang dans les selles? non oui, quand? _____ Résultat? _____

Ostéodensitométrie (densité osseuse/ostéoporose) non oui, quand? _____ Résultat? _____

Électrocardiogramme (ECG)? non oui quand? _____ Résultat? _____

Échographie cœur ? non oui quand? _____ Résultat? _____

Tapis roulant? non oui quand? _____ Résultat? _____

Spirométrie (test de fonction respiratoire)? non oui quand? _____ Résultat? _____

Histoire Familiale :

Mère : âge actuel ____ OU âge du décès : ____ Cause : _____ mère inconnue

Bonne santé, aucun diagnostic

maladies : Hypertension Diabète Cholestérol Infarctus (crise cardiaque) AVC Dépression

Anxiété Bipolaire Fracture hanche Alzheimer/mémoire problème de consommation : _____

Cancer : _____ autre : _____

Détails : _____

Père : âge actuel ____ OU âge du décès : ____ Cause : _____ père inconnue

Bonne santé, aucun diagnostic

Maladies : Hypertension Diabète Cholestérol Infarctus (crise cardiaque) AVC Dépression

Anxiété Bipolaire Fracture hanche Alzheimer/mémoire problème de consommation : _____

Cancer : _____ autre : _____

Détails : _____

Frère ou Soeur : âge actuel ____ OU âge du décès : ____ Cause : _____

aucun frère/sœur/inconnu

Bonne santé, aucun diagnostic

maladies : Hypertension Diabète Cholestérol Infarctus (crise cardiaque) AVC Dépression

Anxiété Bipolaire Fracture hanche Alzheimer/mémoire problème de consommation : _____

Cancer : _____ autre : _____

Détails : _____

Frère ou Soeur : âge actuel ____ OU âge du décès : ____ Cause : _____

Bonne santé, aucun diagnostic

Maladies : Hypertension Diabète Cholestérol Infarctus (crise cardiaque) AVC Dépression

Anxiété Bipolaire Fracture hanche Alzheimer/mémoire problème de consommation : _____

Cancer : _____ autre : _____

Détails : _____

Frère ou Soeur : âge actuel ____ OU âge du décès : ____ Cause : _____

Bonne santé, aucun diagnostic

Maladies : Hypertension Diabète Cholestérol Infarctus (crise cardiaque) AVC Dépression

Anxiété Bipolaire Fracture hanche Alzheimer/mémoire problème de consommation : _____

Cancer : _____ autre : _____

Détails : _____

Grands-parents : inscrire les maladies/détails : _____

Autres membres de la famille, inscrire qui, les maladies/détails : _____

QUESTIONNAIRE CANADIEN
SUR LE RISQUE DE DIABÈTE

CANRISK



→ Êtes-vous à risque?

Les questions qui suivent vous aideront à déterminer si vous êtes à risque de prédiabète ou de diabète de type 2. Le prédiabète est un état qui se caractérise par une glycémie plus élevée que la moyenne, mais pas suffisamment pour poser un diagnostic de diabète. Vous pouvez être atteint de prédiabète ou de diabète de type 2 non diagnostiqué sans présenter de signes ou de symptômes manifestes.

Le fait de connaître votre niveau de risque vous aidera à faire maintenant des choix sains qui vous permettront de réduire ce risque, voire même de prévenir l'apparition du diabète.

Répondez aux questions de façon aussi honnête et complète que possible. Si vous le souhaitez, un ami ou un membre de votre famille peut vous aider à remplir le questionnaire. Les réponses sont complètement confidentielles. Répondez à toutes les questions et inscrivez le nombre de points dans la case située à droite. Additionnez ensuite les points pour calculer votre note totale.

Le questionnaire est destiné aux adultes âgés de 40 à 74 ans.

→ LE RISQUE DE DÉVELOPPER LE DIABÈTE AUGMENTE AVEC L'ÂGE.

1. Choisissez votre groupe d'âge :

- 40-44 ans
- 45-54 ans
- 55-64 ans
- 65-74 ans

0 point
7 points
13 points
15 points

Note

2. Quel est votre sexe?

- Homme
- Femme

6 points
0 point

→ LA TAILLE ET LE POIDS INFLUENT SUR LE RISQUE DE DÉVELOPPER LE DIABÈTE.

3. Combien mesurez-vous et combien pesez-vous?

Sur le tableau d'IMC ci-dessous, encerclez votre taille (à gauche du tableau), puis votre poids (dans le bas du tableau).

Trouvez le point de croisement de votre taille et de votre poids et déterminez dans quelle zone vous vous trouvez.

Par exemple, si vous mesurez 5 pieds et 2 pouces (ou 157,5 cm) et que vous pesez 163 livres (ou 74 kg), vous vous situez dans la zone GRISE PÂLE.

Indiquez à quel groupe vous appartenez parmi les suivants :

- Zone blanche (IMC inférieur à 25)
- Zone grise pâle (IMC entre 25 et 29)
- Zone grise foncée (IMC entre 30 et 34)
- Zone noire (IMC supérieur à 35)

0 point
4 points
9 points
14 points

TAILLE																													
pieds/ pouces	cm	12	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34
		6'4"	192,5	12	13	14	15	16	17	18	18	19	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	32
6'3"	190	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	34	34
6'2"	187,5	13	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	34	34	34
6'1"	185	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	34	34	34	34
6'0"	182,5	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	29	30	31	32	33	34	34	34	34	34	34
5'11"	180	14	15	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	34	34	34	34	34	34
5'10"	177,5	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	34	34	34	34	34	34	34
5'9"	175	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	34	34	34	34	34	34	34
5'8"	172,5	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	34	34	34	34	34	34	34	34
5'7"	170	15	16	17	18	19	20	21	22	24	24	26	27	28	29	30	31	32	33	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
5'6"	167,5	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	29	29	31	32	33	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
5'5"	165	16	17	18	19	21	22	23	24	24	26	27	28	29	30	32	33	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
5'4"	162,5	17	18	19	20	21	22	23	24	26	27	28	29	30	31	33	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
5'3"	160	17	18	20	21	22	23	24	25	27	28	29	30	31	32	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
5'2"	157,5	18	19	20	21	23	24	24	26	27	29	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	43	44	46	47	48	49	50
5'1"	155	18	20	21	22	23	24	26	27	28	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	48	50	51	52
5'0"	152,5	19	20	21	23	24	25	27	28	29	31	32	33	34	36	37	38	40	41	42	43	45	46	47	49	50	51	52	54
4'11"	150	20	21	22	24	24	26	28	29	30	32	33	34	36	37	38	40	41	42	44	45	46	48	49	50	52	53	54	56
4'10"	147,5	20	22	23	24	26	27	28	29	31	33	34	35	37	38	40	41	42	44	45	46	48	49	51	52	53	55	56	57
4'9"	145	21	22	24	25	27	28	29	31	32	34	35	37	38	39	41	42	44	45	47	48	49	51	52	54	55	57	58	59
4'8"	142,5	22	23	24	26	28	29	31	32	33	34	36	38	39	41	42	44	45	47	48	50	51	53	54	56	57	59	60	62
POIDS (kg)		44	47	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	101	104	107	110	113	116	119	122	125
POIDS (lb)		97	103	110	117	123	130	136	143	150	156	163	169	176	183	189	196	202	209	216	222	229	235	242	249	255	262	268	275

4. À l'aide d'un ruban à mesurer, mesurez votre tour de taille à la hauteur du nombril.

Prenez la mesure après avoir expiré (ne retenez pas votre souffle) et inscrivez le résultat sur la ligne prévue à cet effet.

Cochez ensuite la case correspondante. (Remarque : Cela n'a rien à voir avec la taille de vos pantalons.)



HOMME – Tour de taille : ___ ___ ___ pouces OU ___ ___ ___ cm

- Moins de 94 cm ou 37 pouces
- Entre 94 et 102 cm ou 37 et 40 pouces
- Plus de 102 cm ou 40 pouces

0 point
4 points
6 points



FEMME – Tour de taille : ___ ___ ___ pouces OU ___ ___ ___ cm

- Moins de 80 cm ou 31,5 pouces
- Entre 80 et 88 cm ou 31,5 et 35 pouces
- Plus de 88 cm ou 35 pouces

0 point
4 points
6 points

→ LE NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE ET LES HABITUDES ALIMENTAIRES PEUVENT INFLUER SUR LE RISQUE DE DÉVELOPPER LE DIABÈTE.

Note

5. Faites-vous habituellement de l'activité physique, comme de la marche rapide, au moins 30 minutes par jour?

L'activité peut être pratiquée au travail ou à la maison.

- Oui
 Non

0 point
1 point.....

6. À quelle fréquence mangez-vous des légumes ou des fruits?

- Tous les jours
 Pas tous les jours

0 point
2 points.....

→ L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, L'HYPERGLYCÉMIE ET DES FACTEURS LIÉS À LA GROSSESSE SONT ASSOCIÉS AU DIABÈTE.

7. Un médecin ou un membre du personnel infirmier vous a-t-il déjà dit que vous faisiez de l'hypertension artérielle OU avez-vous déjà pris des médicaments contre l'hypertension artérielle?

- Oui
 Non ou je ne sais pas

4 points
0 point.....

8. Avez-vous déjà eu un résultat de glycémie élevé lors d'une analyse sanguine, d'une maladie ou d'une grossesse?

- Oui
 Non ou je ne sais pas

14 points
0 point.....

9. Avez-vous déjà donné naissance à un bébé pesant 9 livres (4,1 kg) ou plus?

- Oui
 Non, ne sais pas ou sans objet

1 point
0 point.....

→ CERTAINS TYPES DE DIABÈTE SONT HÉRÉDITAIRES.

10. Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà eu un diagnostic de diabète?

Cochez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- Mère
 Père
 Frères et sœurs
 Enfants
 Autre
 Non ou ne sais pas

2 points
2 points
2 points
2 points
0 point
0 point

Additionnez les points.

Le total dans cette section ne peut pas dépasser 8 points.

(Deux points par catégorie; ne pas compter de multiples enfants ou parents plus d'une fois.)

11. Veuillez cocher la case correspondant au groupe ethnique de vos parents biologiques :

- | MÈRE | PÈRE | |
|-----------------------|---|---------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Blanc (type caucasien) | 0 point |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Autochtone | 3 points |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Noir (Afro-Antillais) | 5 points |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Asiatique de l'Est (Chinois, Vietnamien, Philippin, Coréen, etc.) | 10 points |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Asiatique du Sud (Indien-Oriental, Pakistanais, Sri-Lankais, etc.) | 11 points |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> Autres personnes de couleur (Latino-Américain, Arabe, Asiatique de l'Ouest) | 3 points..... |

0 point
3 points
5 points
10 points
11 points
3 points.....

Choisissez la note la plus haute seulement.

N'additionnez pas la note du père et celle de la mère. (La note dans cette section ne peut pas dépasser 11 points.)

→ D'AUTRES FACTEURS SONT ASSOCIÉS AU DIABÈTE.

12. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez atteint?

- Études secondaires ou moins
 Diplôme d'études secondaires
 Études collégiales ou universitaires
 Diplôme d'études collégiales ou universitaires

5 points
1 point
0 point
0 point.....

Note Totale

Additionnez les points obtenus aux questions 1 à 12

Ces résultats ne remplacent en aucun cas un véritable diagnostic clinique, mais s'ils vous inquiètent, nous vous recommandons d'en parler avec un professionnel de la santé (p. ex. médecin de famille, infirmière praticienne, pharmacien).

Moins de 21 → Faible risque
Votre risque de développer le prédiabète ou le diabète de type 2 est assez faible, mais on gagne toujours à conserver un mode de vie sain.

21 à 32 → Risque modéré
Selon les facteurs de risque que vous avez indiqués, votre risque de développer le prédiabète ou le diabète de type 2 est modéré. Vous pouvez consulter un professionnel de la santé pour discuter de votre risque d'avoir le diabète.

33 et plus → Risque élevé
Selon les facteurs de risque que vous avez indiqués, votre risque de développer le prédiabète ou le diabète de type 2 est élevé. Vous pouvez consulter un professionnel de la santé pour discuter d'un test de glycémie.

Le diabète est une maladie chronique grave. S'il n'est pas soigné, il peut entraîner des maladies du cœur ou des reins et d'autres problèmes de santé.

Bien qu'il soit impossible de modifier des facteurs comme l'âge, le sexe, les antécédents familiaux et l'origine ethno-culturelle, un changement dans votre style de vie peut influencer des facteurs comme le poids, l'activité physique, l'alimentation et le tabagisme.

Si votre IMC est supérieur à 25, perdre du poids peut vous aider à réduire le risque de développer le diabète de type 2. Même un léger changement de votre poids ou de votre degré d'activité physique peut réduire ce risque. Adoptez une alimentation saine et équilibrée et privilégiez les légumes, les fruits et les grains entiers. Consultez le Guide alimentaire canadien pour obtenir des idées utiles. Si vous êtes inactif, commencez doucement et augmentez graduellement votre niveau d'activité. Consultez votre médecin avant d'entreprendre un programme d'exercice.

Si vous fumez, il n'est jamais trop tard pour arrêter. Chaque geste que vous posez pour améliorer votre état de santé compte!

Merci d'avoir rempli le Questionnaire canadien sur le risque de diabète.