



### QUESTIONNAIRE DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Sexe :  Homme  Femme      Age : ..... ans

Identification : .....  
(Inscrire les premières lettres du nom)

Code postal de votre lieu de résidence : .....

#### 1. Catégorie socio-professionnelle

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Commerçant - Artisan     | <input type="checkbox"/> Employé                               |
| <input type="checkbox"/> Profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> Profession libérale / Cadre supérieur |
| <input type="checkbox"/> Agriculteur              | <input type="checkbox"/> Ouvrier                               |

#### 2. Situation sociale

- Actif       Retraité       Demandeur d'emploi       Inactif

#### 3. Activité physique

- Aucune       + de 1h à 2h / semaine       + de 2h / semaine

#### 4. Tabac : êtes-vous ?

- Non-fumeur       Ex-fumeur       Fumeur

#### 5. Avez-vous une de ces affectations ?

- Hypertension       Cholestérol       Diabète

#### 6. Avez-vous un problème cardiaque ?

- Infarctus       Angine de poitrine       Pontage       Autre       Ne sait pas

#### 7. Dans votre famille (père, mère, frère, sœur), y-a-t-il eu des accidents cardiaques avant 60 ans (infarctus)

- Oui       Non       Ne sait pas

#### 8. Données

Poids : .....kg      Taille : ..... cm      Pression artérielle : .....

#### 9. Biométries

Heure de votre dernière prise alimentaire : ..... Heure du prélèvement glycémique et cholestérol .....

Résultats : Glycémie : .....g/l      Cholestérol : ..... g/l

#### 10. Risque cardiovasculaire

Pensez-vous que votre risque cardiovasculaire est :

- très faible       faible       élevé       très élevé       ne sait pas

#### 11. Autorisation de prélèvement capillaire

Je déclare par la présente, renoncer à tenter toute action et à engager la responsabilité de toute personne ou d'organisme en relation avec l'examen de dépistage. Je déclare également, que ni moi, ni quiconque agissant en mon nom, ne pourra maintenant ou ultérieurement, réclamer des dommages et intérêts résultant de ma participation à cet examen de dépistage de mon propre chef.

J'ai bien noté que les résultats dudit dépistage me sont communiqués à titre d'information uniquement.

....., le .....