



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



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