



## Fiche d'aide au repérage des risques entre 60 et 65 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'aident  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 :

Le patient présente des risques, précisez .....

.....

#### Si suspicion de DMLA :

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

.....

#### 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 : .....

## Santé mentale

Résultat au test Score PHQ4 : .....

Résultat au test Échelle HAD : .....

### Si passage à la retraite mal vécu :

Précisez : .....

### Conditions de travail pénibles :

- Moralement  Physiquement
- Idées suicidaires
- Antécédents de troubles anxio-dépressifs
- Antécédent de passage à l'acte
- 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
  - Événements festifs (festivals, concerts...)
  - Lieu de formation (école, collège, lycée, université...)
  - Lieu de loisirs (lieu de vacances, camping...)
  - 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 insuffisante, si oui pourquoi : .....
- Sédentarité  Temps d'écran important

### Santé sexuelle

- Exposition aux IST, troubles sexuels
- Symptômes de ménopause avec effets négatifs sur la vie de tous les jours
- 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 .....