

## Questionnaire pour l'adolescent avant sa visite chez le médecin

Vous arrive-t-il d'oublier certaines choses si vous ne les écrivez pas? Si oui, nous vous proposons une liste de problèmes courants. Cette liste vous aidera à vous souvenir des sujets que vous voulez aborder avec votre médecin lors de votre prochaine visite médicale. Veuillez lui remettre ce questionnaire au début de votre rencontre.

Comme un grand nombre de ces sujets sont de caractère privé, vous voudrez peut-être conserver le questionnaire. Si vous désirez en reprendre possession, votre médecin vous le remettra après l'avoir lu. Vous pouvez le jeter, le détruire ou le rapporter à la maison après votre visite. Par ailleurs, si vous choisissez de laisser votre médecin garder le questionnaire, soyez assuré que vos réponses demeureront confidentielles.

**Voici donc quelques problèmes de santé qui touchent parfois les jeunes de votre âge. Veuillez cocher ceux qui s'appliquent à vous :**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Troubles du sommeil           | <input type="checkbox"/> Inquiétudes concernant votre santé                | <input type="checkbox"/> Maux de tête                                   |
| <input type="checkbox"/> Constante fatigue             | <input type="checkbox"/> Inquiétudes concernant vos habitudes alimentaires | <input type="checkbox"/> Maux d'estomac                                 |
| <input type="checkbox"/> Étourdissement/évanouissement | <input type="checkbox"/> Énurésie (émission d'urine la nuit)               | <input type="checkbox"/> Douleurs de poitrine/ problèmes de respiration |
| <input type="checkbox"/> Nausée/vomissement            | <input type="checkbox"/> Écoulements du pénis ou du vagin                  | <input type="checkbox"/> Autres douleurs                                |
| <input type="checkbox"/> Diarrhée/constipation         | <input type="checkbox"/> Problèmes de menstruations                        |   |

**Il est tout à fait normal d'éprouver des désirs sexuels durant la croissance, mais un grand nombre de jeunes ont des inquiétudes à ce sujet ou se posent des questions. Cochez les points ci-dessous qui vous préoccupent :**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Relations sexuelles : quand peut-on en avoir? | <input type="checkbox"/> Contrôle des naissances ou comment éviter de devenir un trop jeune parent | <input type="checkbox"/> Éjaculations nocturnes             |
| <input type="checkbox"/> Maladies transmises sexuellement              | <input type="checkbox"/> Homosexualité ou lesbianisme  | <input type="checkbox"/> Seins ou vagin/pénis ou testicules |
| <input type="checkbox"/> VIH –sida                                     |  |   |

**Certains jeunes n'aiment pas leur apparence. Croyez-vous que vous êtes....? (Cochez une ou plusieurs réponses, selon le cas.)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trop petit/trop petite | <input type="checkbox"/> Trop grand/trop grande | <input type="checkbox"/> Trop laid/trop laide |
| <input type="checkbox"/> Trop mince             | <input type="checkbox"/> Trop gros/trop grosse  |   |

**Êtes-vous aux prises avec les problèmes suivants?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acné   | <input type="checkbox"/> Intimidation/violence/votre sécurité | <input type="checkbox"/> Notes scolaires à la baisse |
| <input type="checkbox"/> Automutilation (ex. : coupures/brûlures/coups que vous vous êtes infligés) |   |  |
| <input type="checkbox"/> Autres   |   |  |

**Un grand nombre de jeunes sont victimes d'abus physiques, sexuels ou émotifs. Est-ce votre cas? Est-ce le cas d'un ami ou d'une amie?**

- Oui                       Non

**Un grand nombre de jeunes font l'usage d'alcool ou de drogues (ex. : marijuana, ecstasy. En avez-vous déjà fait l'usage, vous ou vos meilleurs amis?**

- Oui                       Non

**Aimeriez-vous obtenir des renseignements sur la consommation d'alcool ou de drogues?**

- Oui                       Non

## Questionnaire pour l'adolescent avant sa visite chez le médecin

**Je n'aime pas la façon dont me traite mon copain - ma blonde - un ami ou une amie.**

Oui       Non

**Je m'inquiète de la relation entre mon père et ma mère.**

Oui       Non

**Ma relation avec ma mère serait meilleure si :**

---

---

---

**Ma relation avec mon père serait meilleure si :**

---

---

---

**Je me sens souvent :**

- Seul/seule
  - Triste
  - Incapable de m'amuser
  - Prêt/prête à mourir ou à me tuer
  - En colère ou irritable
  - Anxieux/anxieuse ou nerveux/nerveuse
- Oui, j'aimerais consulter une thérapeute à propos d'une question qui me préoccupe.

**Veillez énumérer ci-dessous d'autres problèmes que nous avons oubliés de mentionner.**

---

---

---

Notez bien : Si vous avez 14 ans ou plus, nos entretiens seront privés. Nous espérons que vous vous sentirez libre de nous parler ouvertement. Les renseignements que vous nous donnerez ne seront pas divulgués à d'autres personnes sans votre permission à moins que sentions que vous risquez présentement de vous suicider ou tuer une autre personne.

Veillez noter que vous devez vous présenter à notre clinique 30 minutes avant votre rendez-vous avec le médecin, car nous voulons être sûrs que vous avez bien rempli votre formulaire d'inscription et votre questionnaire.

Votre médecin fera tout ce qu'il peut pour être à l'heure, mais il est possible qu'il soit en retard. Si c'est le cas, ce n'est pas parce qu'il vous a oublié, mais plutôt parce qu'il n'a pas terminé de traiter le patient qui est avant vous. Quand vous rencontrerez le médecin, il vous accordera, à vous aussi, tout le temps dont vous avez besoin. Merci de votre patience et de votre compréhension.

## CENTRE DE MÉDECINE FAMILIALE HERZL – COORDONNÉES DES ADOLESCENTS

Il nous faudra peut-être communiquer avec vous pour fixer un rendez-vous ou l'annuler, ou encore, pour vous envoyer une lettre. En nous fournissant vos coordonnées ci-dessous, vous nous aidez à protéger votre droit à la confidentialité.

Nom : \_\_\_\_\_  
(Nom de famille) (Prénom)

Address postale (Si nous devons vous poster quelque chose, à quelle adresse devons-nous l'envoyer?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Veillez écrire les numéros de téléphone et/ou les adresses électroniques que vous autorisez à utiliser pour vous contacter :**

1) **Maison :** \_\_\_\_\_

**Encerchez**

**Pouvons-nous envoyer une lettre à votre maison?**

**Oui Non**

Pouvons-nous laisser un message discret à quelqu'un à la maison?

**Oui Non**

Pouvons-nous laisser un message discret sur votre répondeur téléphonique?

**Oui Non**

Avez-vous des restrictions?: \_\_\_\_\_

2) **Téléphone cellulaire portatif :** ) \_\_\_\_\_

Pouvons-nous laisser un message sur votre téléphone cellulaire?

**Oui Non**

Avez-vous des restrictions?: \_\_\_\_\_

3) **Travail :** \_\_\_\_\_

Pouvons-nous laisser un message discret à quelqu'un au travail?

**Oui Non**

Pouvons-nous laisser un message discret sur votre répondeur téléphonique?

**Oui Non**

Avez-vous des restrictions?: \_\_\_\_\_

4) **Autres numéro(s) :** \_\_\_\_\_

Pouvons-nous laisser un message discret à une personne à ce numéro?

**Oui Non**

Pouvons-nous laisser un message discret sur ce répondeur téléphonique?

**Oui Non**

Avez-vous des restrictions?: \_\_\_\_\_

5) **Adresse de courrier électronique :** \_\_\_\_\_

Existe-t-il d'autres restrictions dont nous devons être conscients en communiquant avec vous?  
Si oui, veuillez préciser :

\_\_\_\_\_