

## ANNEXE 3: Questionnaire



CPS  
Secrétariat général  
de la Communauté  
du Pacifique



### FORMULAIRE DE DÉPISTAGE

Numéro d'identification

Date (jour / mois / année) :   /   /

Dispensaire :

### MIEUX VOUS CONNAÎTRE

1	NOM de famille ( <i>en lettres capitales</i> ) : _____
2	NOM de naissance ( <i>si différent</i> ) : _____
3	Prénom ( <i>en lettres capitales</i> ) : _____
4	Adresse : _____
5	Téléphone : <input type="text"/> . <input type="text"/>
6	Sexe ( <i>cocher la case</i> ) : Homme <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Femme <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
7	Date de naissance ( <i>jour / mois / année</i> ) : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Lieu de naissance : _____
9	Poids à la naissance ( <i>en kilogramme</i> ) ( <i>à vérifier sur le carnet de santé</i> ) <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
10	Vivez-vous actuellement en couple ? ( <i>cocher une seule case</i> ) Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
11	Sur un an combien de mois passez-vous vraiment sur Wallis et Futuna ? <input type="text"/> mois
12	De quelle origine culturelle vous définiriez-vous ? ( <i>cocher une seule case</i> ) Wallisien <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Futunien <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Mélanésien <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Autre polynésien <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Caucasien <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Autre <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
13	Où exercez-vous principalement votre métier ? ( <i>cocher une seule case</i> ) Sans métier <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Usine, atelier <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Commerce <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Bureau <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Au foyer <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> En extérieur (ville) <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> En extérieur (rural) <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Autre <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
14	Quel est votre diplôme le plus élevé ? ( <i>cocher une seule case</i> ) Aucun <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> BEPC <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> BAC <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> BAC+2 <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> BAC+3 <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> BAC+5 <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Plus élevé <input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

Numéro d'identification

  

### ÉTAPE 1 : Votre mode de vie et vos antécédents

Cette première section concerne vos habitudes, comme le tabac, l'alcool, le kava, le sport... Elles influent directement sur le risque de développer des maladies chroniques.

#### Consommation de tabac

15 A	Dans votre vie avez-vous déjà fumé du tabac, des cigarettes, des cigares, la pipe... ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si Non, aller à la question 19
15 B	Si oui pendant combien de temps? (cocher <b>une</b> seule case)	<1 an <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1-10 ans <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> >10ans <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
16	Avez-vous fumé du tabac ces 12 derniers mois ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si Non, aller à la question 19
17	Fumez-vous quotidiennement du tabac ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si Non, aller à la question 19
18 A	Dans une journée ordinaire combien de cigarettes fumez-vous ?	<input type="text"/>	
18 B	Dans une journée ordinaire combien de pipes remplies de tabac fumez-vous ? #	<input type="text"/>	

#### Consommation d'alcool

19	Avez-vous déjà consommé de l'alcool? (cidre, bière, vin...) (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si Non, aller à la question 23
20	Si oui avez-vous consommé de l'alcool ces 12 derniers mois ?(cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si Non, aller à la question 23
21	Si oui à quelle fréquence consommez-vous de l'alcool ?( cocher <b>une</b> seule case)	Rarement <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1 à 3 J/ mois <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 1 à 4 J/sem <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 5 J et +/- sem <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	où J=jours et sem=semaine
22	Lorsque vous consommez de l'alcool est-ce...? (cocher <b>une</b> seule case)	1 verre <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 2 à 3 verres <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Plus de 3 verres <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	

#### Consommation de kava

23	Buvez-vous le kava ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si Non, aller à la question 26
24	Si oui, avez-vous consommé du kava ces 12 derniers mois ?(cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si Non, aller à la question 26
25	Avez-vous consommé du kava ces 30 derniers jours ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	

Numéro d'identification

  

Consommation de fruits et légumes (Montrez les plaquettes des fruits et légumes)			
26	Mangez-vous des fruits tous les jours ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<i>Si Oui, aller à la question 28</i>
27	Si non combien de jours/semaine mangez-vous des fruits ?	<input type="text"/> jours	
28	Combien de fruits différents mangez-vous par jour les jours où vous en mangez ? (cocher <b>une</b> seule case)	1 à 2 <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 3 à 5 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Plus de 5 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
29	Mangez-vous des légumes tous les jours ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<i>Si Oui, aller à la question 31</i>
30	Si non combien de jours/semaine mangez-vous des légumes ?	<input type="text"/> jours	
31	Combien de légumes différents mangez-vous par jour les jours où vous en mangez ? (cocher <b>une</b> seule case)	1 à 2 <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 3 à 5 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Plus de 5 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	
Activité physique			
32	Exercez-vous votre métier majoritairement assis ou debout <b>et</b> y marchez-vous moins de 10 minutes en continu par jour ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
33	Marchez-vous ou vous déplacez-vous en bicyclette plus de 10 minutes en continu par jour (déplacement d'un endroit à un autre) (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
34	Pratiquez-vous une activité physique ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<i>Si Non, aller à la question 37</i>
35	Quelle activité physique pratiquez-vous ? (marche, course, nage, pêche, chasse, jardinage, travail à la plantation...)	_____	
36	Combien de fois par semaine pratiquez-vous cette activité ?	<input type="text"/> Fois/ semaine	

Numéro d'identification

  

Antécédents			
37	Durant les 12 derniers mois un professionnel de santé vous a-t-il dit que vous aviez du diabète ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si <b>Non</b> , aller à la question 39
38	Si oui, suivez-vous actuellement un traitement pour le diabète ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
39	Durant les 12 derniers mois un professionnel de santé vous a-t-il dit que vous aviez de la tension artérielle ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si <b>Non</b> , aller à la question 41
40	Si oui suivez-vous actuellement un traitement pour l'hypertension artérielle ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
41	Durant les 12 derniers mois un professionnel de santé vous a-t-il dit que vous aviez une maladie rénale ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si <b>Non</b> , aller à la question 43
42	Si oui suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie rénale ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
43	Durant les 12 derniers mois un professionnel de santé vous a-t-il dit que vous aviez une maladie cardio-vasculaire ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Si <b>Non</b> , aller à la question 45
44	Si oui suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiovasculaire ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
45	Dans votre famille y a-t-il quelqu'un qui ait déjà eu du diabète ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	
46	Dans votre famille y a-t-il quelqu'un qui ait déjà eu une hypertension artérielle ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	
47	Dans votre famille y a-t-il quelqu'un qui ait déjà eu une maladie rénale ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	
48	Dans votre famille y a-t-il quelqu'un qui ait déjà eu une maladie cardio-vasculaire? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Je ne sais pas <input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	

Numéro d'identification

  

## ÉTAPE 2 : Examen physique

Cette étape est un examen médical classique, « non invasif »

49	Poids ( <i>arrondi à 0,1 Kilogramme</i> )	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	kg
50	Taille ( <i>en mètre arrondi à 0,01 mètre</i> )	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	m
51	Indice de masse corporel : Kilogramme / mètre <sup>2</sup> ( <b>Utiliser la calculette</b> )	<input type="text"/> <input type="text"/>	
52	Périmètre abdominal ( <i>arrondi à 0,5centimètre supérieur</i> )	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm
53	Périmètre fessier ( <i>arrondi à 0,5centimètre supérieur</i> )	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm
54	Rapport périmètre abdominal /périmètre fessier ( <b>Utiliser la calculette</b> )	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
55	Question supplémentaire à poser aux femmes : Êtes-vous enceinte ? ( <i>cocher <b>une</b> seule case</i> )	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	
56	Question supplémentaire à poser aux femmes : Si vous n'êtes pas ménopausée, quelle est la date de vos dernières règles ? ( <i>jour/mois/année</i> )	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
57	<b>1re lecture</b> Pression artérielle ( <i>en millimètres de mercure</i> )	<b>55A</b>	Systolique <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<b>55B</b>	Diastolique <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
58	<b>2e lecture</b> Pression artérielle ( <i>en millimètres de mercure</i> )	<b>56A</b>	Systolique <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<b>56B</b>	Diastolique <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
59	<b>3e lecture</b> Pression artérielle ( <i>en millimètres de mercure</i> )	<b>57A</b>	Systolique <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		<b>57B</b>	Diastolique <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
60	Rythme cardiaque ( <i>battements/minute</i> )	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
61	Brassard employé ( <i>cocher <b>une</b> seule case</i> )	Standard <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> X-Large <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	



Numéro d'identification

--	--	--

### ÉTAPE 3 : Examens biochimiques

Cette étape consiste en un examen des urines et un examen du sang. Ils permettent de contrôler les taux de composés chimiques qui s'y trouvent.

62	Avez-vous mangé ou bu autre chose que de l'eau pure depuis hier soir 22 heures ? (cocher <b>une</b> seule case)	Oui <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Non <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
#		
Analyse urinaire : bandelette (Combi 10 Test)		
63	Densité urinaire	<input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
64	PHÉÉ	<input type="checkbox"/>
65	Leucocytes (cocher <b>une</b> seule case)	Négatif <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1 + <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 2 + <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 3 + <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Non interprétable <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
66	Nitrites (cocher <b>une</b> seule case)	Négatif <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> Positif <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Non interprétable <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
67	Protéines (cocher <b>une</b> seule case)	Négatif <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1 + <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 2 + <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 3 + <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Non interprétable <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> (si positif, envoi échantillon au laboratoire de SIA pour protéinurie)
68	Glucose (cocher <b>une</b> seule case)	Négatif <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1 + <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 2 + <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 3 + <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 4 + <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Non interprétable <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
69	Cétones (cocher <b>une</b> seule case)	Négatif <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1 + <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 2 + <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 3 + <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Non interprétable <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
70	Urobilinogène (cocher <b>une</b> seule case)	Négatif <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1 + <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 2 + <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 3 + <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 4 + <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Non interprétable <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
71	Bilirubine (cocher <b>une</b> seule case)	Négatif <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1 + <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 2 + <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 3 + <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Non interprétable <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
72	Sang (cocher <b>une</b> seule case)	Négatif <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 1 + <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 2 + <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 3 + <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Non interprétable <input type="checkbox"/> <sub>7</sub>

Merci, la suite du questionnaire sera remplie à réception des résultats sanguins et urinaires



CPS  
Secrétariat général  
de la Communauté  
du Pacifique



Numéro d'identification

  

Analyse biochimique urinaire : Résultats du laboratoire		
73	Sodium	<input type="text"/> <input type="text"/> mEq/l
74	Potassium	<input type="text"/> <input type="text"/> mEq/l
75	Chlore	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mEq/l
76	Créatinine	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/l
77	Protéines ( <i>à renseigner uniquement pour les dépistages de protéinurie positifs à la bandelette</i> ). Voir étape 3, question 67.	<input type="text"/> <input type="text"/> g/l
78	Microalbumine	<input type="text"/> <input type="text"/> mg/l
79	ACR : Ratio urinaire : microalbumine en mg /créatinine en g	<input type="text"/> <input type="text"/> mg/g
Analyse sanguine : Résultats du laboratoire		
80	Glucose	<input type="text"/> . <input type="text"/> mmol/l
81	Créatinine	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu$ mol/l
82	HbA1c ( <i>A renseigner seulement chez les diabétiques</i> ). Voir étape 1, question 38.	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> %
83	Acide urique	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu$ mol/l
84	Créatinine enzymatique	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> $\mu$ mol/l
85	Cholestérol Total	<input type="text"/> . <input type="text"/> mmol/l
86	HDL	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/l
87	Triglycérides	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/l
88	Cystatine C	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mg/l
89	Leptine	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
90	Insuline	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> mUi/l
91	CRP us	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mg/l
92	LDLcholestérol direct	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/l

Numéro d'identification

  

À remplir par un médecin		
93	Diabetes Risk score	<input type="text"/> <input type="text"/>
94	LDL ( formule de Friedwald)	<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> mmol/l
95	Estimation du débit glomérulaire par MDRD simplifiée	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ml/min/1,73m <sup>2</sup>

**Diagnostics :** ( À remplir par un médecin : Nom - Prénom : \_\_\_\_\_ )

<i>À cocher si diagnostic avéré</i>	<i>À cocher si considéré comme à risque selon les critères du programme</i>
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> A risque selon les critères du programme
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> A risque selon les critères du programme
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> A risque selon les critères du programme
<input type="checkbox"/> Maladie cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> A risque selon les critères du programme
<input type="checkbox"/> Protéinurie	

Recueil des données : Nom - Prénom \_\_\_\_\_

Complétude du questionnaire : Oui <sub>0</sub> Non <sub>1</sub>

Informatisation des données : Nom - Prénom \_\_\_\_\_

Cohérence des entrées : Oui <sub>0</sub> Non <sub>1</sub>

Cette personne doit-elle participer au suivi ? Oui <sub>0</sub> Non <sub>1</sub>