

# QUESTIONNAIRE

Un coup de pouce pour bien vieillir



En repérant tôt les signes de fragilité, on peut agir pour que vous restiez en forme et autonome plus longtemps!

# Informations complémentaires

**Médecin traitant :**

**Nom**

---

**Prénom**

---

**Lieu d'exercice**

---

**Numéro de téléphone**

---

**Infirmier :**

**Nom**

---

**Prénom**

---

**Lieu d'exercice**

---

**Numéro de téléphone**

---

**Professionnel de santé ayant effectué le questionnaire :**

**Nom** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

**Établissement** \_\_\_\_\_

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont nécessaires pour repérer les déterminants de la fragilité et seront traitées conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). En nous fournissant ces données, vous consentez de façon libre et éclairée qu'elles soient collectées, stockées et traitées par la CPTS Metz et environs (représentée par ses salariés et ses administrateurs).

Vos données à caractère personnel ne seront utilisées que dans le cadre de ce suivi. Vous disposez des droits d'accès, de rectification et de suppression de vos données. Pour plus d'informations, contactez-nous par mail à l'adresse [contact@cpts-metz.fr](mailto:contact@cpts-metz.fr).

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Genre  Homme  Femme Numéro de sécurité sociale \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_

**1** Vivez-vous seul ?

Oui  Non  Ne sait pas

**2** Avez-vous chuté ces 3 derniers mois ?

Oui  Non  Ne sait pas

**3** Votre logement est-il adapté (encombrement, tapis, risque de chute) ?

Oui  Non  Ne sait pas

**4** Avez-vous des difficultés à vous déplacer depuis ces 3 derniers mois ?

Oui  Non  Ne sait pas

**5** Avez-vous perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?

Oui  Non  Ne sait pas

**6** Vous êtes-vous senti plus fatigué ces 3 derniers mois ?

Oui  Non  Ne sait pas

**7** Vous plaignez-vous de problèmes de mémoire ?

Oui  Non  Ne sait pas

**8** Avez-vous des prothèses adaptées (auditives, visuelles ou dentaires) ?

Oui  Non  Ne sait pas

**9** Acceptez-vous d'être suivi dans le cadre de cette évaluation par des professionnels de santé ?

Oui  Non

Précisions :

---



---

**Vous pouvez également répondre  
à ce questionnaire en ligne**



**cpts-metz.fr**

Ne pas jeter sur la voie publique.