
QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

VITANEO - Séjours Longue Durée Seniors en Tunisie

Ce questionnaire nous permet d'évaluer l'adéquation de votre profil avec nos services d'accompagnement médicalisé. Vos réponses resteront strictement confidentielles et seront uniquement consultées par notre équipe médicale.

SECTION 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES

1. Nom : _____

2. Prénom : _____

3. Date de naissance : ____ / ____ / ____

4. Âge : _____

5. Adresse actuelle :

6. Téléphone : _____

7. Email : _____

8. Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____

Lien de parenté : _____

Téléphone : _____

SECTION 2 : AUTONOMIE ET MOBILITÉ

9. Êtes-vous capable de vous déplacer seul(e) à l'intérieur ?

Oui, sans aide

Oui, avec canne/déambulateur

- Oui, avec aide d'une personne
- Non, fauteuil roulant

10. Pouvez-vous monter et descendre des escaliers ?

- Oui, sans aide
- Oui, avec appui
- Non

11. Avez-vous besoin d'aide pour :

- Vous habiller
- Vous laver
- Aller aux toilettes
- Manger
- Aucune aide nécessaire

12. Utilisez-vous des équipements d'aide ? (précisez)

SECTION 3 : ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

13. Avez-vous déjà été hospitalisé(e) ? Si oui, pour quel(s) motif(s) et quand ?

14. Avez-vous déjà eu une opération chirurgicale ? Si oui, laquelle et quand ?

15. Avez-vous des antécédents familiaux de maladies importantes (diabète, hypertension, cancer, Alzheimer, etc.) ?

SECTION 4 : PATHOLOGIES ACTUELLES

16. Souffrez-vous actuellement de l'une des pathologies suivantes ?

Diabète (Type 1 / Type 2) _____

Hypertension artérielle

Maladies cardiovasculaires (précisez) : _____

Insuffisance cardiaque

AVC ou AIT (date) : _____

Maladie de Parkinson

Alzheimer ou troubles cognitifs

Arthrose/Rhumatismes

Ostéoporose

Insuffisance rénale

Troubles respiratoires (BPCO, asthme, etc.)

Cancer (type, stade, traitement en cours) : _____

Autres (précisez) : _____

17. Avez-vous des problèmes de vue ?

Non

Oui, porte des lunettes

Oui, cataracte/glaucome/DMLA (précisez) : _____

18. Avez-vous des problèmes d'audition ?

Non

Oui, porte des appareils auditifs

Oui, sans appareillage

SECTION 5 : TRAITEMENTS EN COURS

19. Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Oui Non

20. Si oui, listez tous vos médicaments avec leur dosage et fréquence :

Médicament 1 : _____

Dosage : _____ Fréquence : _____

Médicament 2 : _____

Dosage : _____ Fréquence : _____

Médicament 3 : _____

Dosage : _____ Fréquence : _____

Médicament 4 : _____

Dosage : _____ Fréquence : _____

Médicament 5 : _____

Dosage : _____ Fréquence : _____

(Joindre une copie récente de vos ordonnances)

21. Suivez-vous un traitement anticoagulant ?

Oui Non

22. Êtes-vous porteur d'un pacemaker ou d'un défibrillateur ?

Oui Non

23. Avez-vous une sonde, une stomie ou un dispositif médical

permanent ? Oui Non (précisez) :

SECTION 6 : ALLERGIES

24. Êtes-vous allergique à des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

25. Avez-vous des allergies alimentaires ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

26. Autres allergies (pollen, latex, etc.) ?

SECTION 7 : ÉTAT COGNITIF ET PSYCHOLOGIQUE

27. Avez-vous des troubles de la mémoire ?

Non Légers Modérés Sévères

28. Avez-vous déjà passé un test MMS (Mini Mental State) ?

Oui Non

Si oui, score : _____ Date : ____ / ____ / ____

29. Souffrez-vous de troubles du comportement (agressivité,

agitation, déambulation) ? Oui Non

Si oui, précisez :

30. Avez-vous des antécédents ou des troubles psychiatriques

(dépression, anxiété, etc.) ? Oui Non

Si oui, traitement actuel :

SECTION 8 : HABITUDES DE VIE

31. Fumez-vous ?

Oui Non Ancien fumeur

Si oui, combien par jour ? _____

32. Consommez-vous de l'alcool régulièrement ?

Oui Non

Si oui, fréquence : _____

33. Suivez-vous un régime alimentaire particulier (sans sel,

diabétique, végétarien, etc.) ?

34. Pratiquez-vous une activité physique régulière ?

Oui Non

Si oui, laquelle et à quelle fréquence ?

SECTION 9 : MÉDECIN TRAITANT

35. Nom et prénom de votre médecin traitant en France :

36. Téléphone du cabinet : _____

37. Email (si disponible) : _____

38. Adresse du cabinet :

39. Acceptez-vous que notre médecin coordonnateur contacte
votre médecin traitant pour obtenir votre dossier médical ?

Oui Non

SECTION 10 : BESOINS SPÉCIFIQUES

40. Avez-vous des besoins particuliers que nous devrions
connaître (équipement médical, aménagement de la chambre,
régime alimentaire strict, etc.) ?

DÉCLARATION ET CONSENTEMENT

Je déclare avoir rempli ce questionnaire en toute bonne foi.
J'autorise l'équipe médicale de Vitaneo à utiliser ces
informations dans le cadre de mon accompagnement médicalisé
durant mon séjour.

J'autorise le partage de ces informations avec les cliniques
partenaires en cas de nécessité médicale.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

RÉSERVÉ À L'ÉQUIPE MÉDICALE

- Profil compatible avec Vitaneo
 - Nécessite évaluation complémentaire par téléphone/visio
 - Profil non compatible

Médecin évaluateur : _____

Date d'évaluation : / /

Commentaires :

Vitaneo - Résidences Seniors Premium en Tunisie



 medical@vitaneos.com



 vitaneosenior.com



vitalessehnen.com