
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

 +33 1 89 71 49 88

 medical@vitaneosensor.com

 vitaneosensor.com
