

AUTO DIAGNOSTIC

JE TESTE MES FACTEURS DE RISQUES CARDIO VASCULAIRES

GENRE : ○ Femme ○ Homme ○ Autre

AGE : _____ TAILLE : _____ POIDS : _____

QUESTIONS :	RÉPONSES :
Vous êtes venus sur l'évènement pour :	○ Sport ○ Prévention ○ Convivialité ○ Autre : .....
Avez-vous de l'hypertension artérielle traitée ?	○ Oui ○ Non
Etes-vous diabétique ?	○ Oui ○ Non
Est-ce que vous fumez ? (tabac, cigare, chicha, cannabis, CBD, etc)	○ Oui ○ Non
Avez-vous de l'hypercholestérolémie ? (trop de "mauvais" cholestérol)	○ Oui ○ Non
Consommez-vous des boissons alcoolisées presque tous les jours ?	○ Oui ○ Non
Avez-vous un parent (père, mère, frère ou sœur) qui a eu des problèmes cardiaques ?	○ Oui ○ Non
Pratiquez-vous **MOINS** de 30 minutes d'activité physique par jour ?	○ Oui ○ Non
Etes-vous assis 7 heures par jour ou + ?	○ Oui ○ Non
Je ne mange **PAS** de fruit et/ou légume **TOUS LES JOURS** :	○ Vrai ○ Faux
Vous sentez-vous souvent stressé ?	○ Oui ○ Non
Si on faisait un point sur la consommation de sel ?	
Je resale souvent mes plats	○ Vrai ○ Faux
Je mange principalement des plats préparés du commerce	○ Vrai ○ Faux
je mange régulièrement de la charcuterie et fromage	○ Vrai ○ Faux
Seriez-vous intéressé par des conférences ou des ateliers ?	○ Oui ○ Non Sur quelle/s thématique/s :

VOUS AVEZ RÉPONDU "OUI" À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS ?

Vous êtes susceptible de présenter des facteurs de risques aux maladies cardiovasculaires... PAS DE PANIQUE !

Une équipe de professionnels peut vous aider : parlez-en à votre médecin traitant et vous pouvez également contacter le : **02.90.94.42.36** ou le **02.98.52.65.95** pour un accompagnement



Activ'sport

Responsabilité Populationnelle Territoires pionniers

CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE Quimper Concarneau

CP TS Sud Cornouaille