

Ce questionnaire a pour but de valider votre intérêt à **utiliser** certains services qui pourraient être offerts sur une base régulière pour le contrôle des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires.

Accepteriez-vous :

1. De bénéficier d'un centre de prélèvement sanguin

Oui  Non  Ne sait pas

2. D'utiliser l'information sur les facteurs de risque

- Dépliant Oui  Non  Ne sait pas
- Personne ressource Oui  Non  Ne sait pas
- Conférence - témoignage Oui  Non  Ne sait pas

3. D'utiliser des appareils de mesure et un visa santé personnel

- Appareil de pression artérielle Oui  Non  Ne sait pas
- Glucomètre (contrôle du sucre) Oui  Non  Ne sait pas
- Balance et mesure tour de taille Oui  Non  Ne sait pas
- Podomètre (mesure des pas) Oui  Non  Ne sait pas

4. De participer à des activités afin de changer vos habitudes de vie

- Par l'activité physique Oui  Non  Ne sait pas
- Par une saine alimentation Oui  Non  Ne sait pas
- Pour cesser de fumer Oui  Non  Ne sait pas
- Par une gestion du stress Oui  Non  Ne sait pas

5. D'offrir une partie de votre temps libre à titre bénévole pour participer à

- L'accueil Oui  Non  Ne sait pas
- La prise de rendez-vous Oui  Non  Ne sait pas
- L'organisation des activités Oui  Non  Ne sait pas
- Le secrétariat Oui  Non  Ne sait pas

6. J'aimerais participer à une rencontre pour en savoir davantage sur le Centre de Santé du Cœur

Oui  Non  Ne sait pas

7. Commentaires : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PROFIL DE FACTEURS DE RISQUE

FACULTATIF

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Facteurs de risque connus :

- mauvaise alimentation Oui  Non  Ne sait pas
- surplus de poids Oui  Non  Ne sait pas
- diabète (glycémie) Oui  Non  Ne sait pas
- pression artérielle élevée Oui  Non  Ne sait pas
- tabagisme Oui  Non  Ne sait pas
- inactivité physique Oui  Non  Ne sait pas
- stress Oui  Non  Ne sait pas
- cholestérol (bilan lipidique) Oui  Non  Ne sait pas

Prenez-vous des médicaments sur une base régulière ?

Oui  Non  Ne sait pas

Consultez-vous régulièrement :

- Votre pharmacien Oui  Non  Ne sait pas
- Votre médecin Oui  Non  Ne sait pas