



GUIDE D'ENTRETIEN CONCERNANT LA SANTE DES ELEVES DE 7^e OU 8^e HARMOS (5^e OU 6^e PRIMAIRE) DU CANTON DE FRIBOURG

(À remplir seul et à apporter lors de l'entretien avec le médecin)

Dans quelques jours, un examen de ton état de santé te permettra de mieux faire connaissance avec le médecin scolaire. A cette occasion, tu pourras aussi discuter avec lui et l'infirmière scolaire des problèmes de santé qui te concernent et qui peut-être te font du souci.

Nous te proposons de réfléchir un instant à ton état de santé. Pour t'aider nous te demandons de bien vouloir **répondre à chaque phrase** de ce document.

Ce document est **confidentiel**, c'est-à-dire que seul toi, le médecin et l'infirmière ont connaissance de tes réponses. Il **reste dans tes mains**, avant, pendant et après l'entretien.

Nous sommes là pour t'aider et pour conseiller éventuellement tes parents s'ils le souhaitent. Dans tous les cas, tout ce que tu pourrais dire et ce que tu ne veux pas qu'une personne sache restera **obligatoirement confidentiel**.

Nous ne remplaçons pas ton médecin traitant habituel, mais avec ton accord et celui de tes parents, nous pouvons être amenés à collaborer avec lui.

A. Santé physique	oui	non
1. Je me sens en bon état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ma santé m'inquiète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai souvent mal quelque part (à la tête, au dos, ailleurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai souvent mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens souvent fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai parfois l'impression de m'évanouir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai eu une maladie ou un accident qui me cause maintenant un problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis en traitement chez un médecin ou chez quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je dois prendre tous les jours un médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je fais chaque année un contrôle chez le dentiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. (pour les filles) J'ai déjà mes règles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Habitudes (alimentation, loisirs, sommeil)		
12. Je saute parfois un des 3 repas de la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je mange souvent entre les repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je suis un régime alimentaire spécial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Après les repas, je me brosse régulièrement les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je me lave régulièrement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je m'endors facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai suffisamment de temps libre pour moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je pratique un sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai une activité (un loisir) en dehors de l'école qui me fait plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Il m'est arrivé de fumer une cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de boire une boisson alcoolisée (en cachette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C. Perception de soi

oui non

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 22. Mon apparence physique me plaît | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Je me sens bien dans ma peau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Je me sens trop gros/grosse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| trop maigre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Je me sens trop petit/petite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| trop grand/grande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Je me sens bien à l'école | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Je me sens utile | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Je suis parfois triste, j'ai envie de pleurer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Je suis soucieux/soucieuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Je suis facilement stressé(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Je me pose des questions sur la sexualité et la transformation de mon corps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. Relations avec les autres

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 32. Je m'entends bien avec mes parents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Je m'entends bien avec mes frères et sœurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Je m'entends bien avec mes camarades d'école | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Je me sens respecté(e) par les autres (dans ma famille, à l'école, ailleurs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. En général, j'ai le sentiment que les autres m'aiment bien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Je m'entends bien avec les autres et je les respecte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Je me sens en sécurité à l'école, sur le chemin de l'école, hors de chez moi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. J'ai été – ou je suis confronté(e) à la violence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. J'ai été victime de violence, de coups lors d'une bagarre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. J'ai subi des gestes de la part d'adultes qui m'ont mis mal à l'aise
(Baisers, caresses, attouchements) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. J'ai une personne à qui je peux me confier en cas de problèmes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Autres problèmes que j'aimerais discuter (à préciser) | | |
