

QUESTIONNAIRE FEMMES E3N

« Votre vie après un cancer »

Date de réponse :

/ / 2 0

jour

mois

année

Date de naissance :

/ / 1 9

jour

mois

année

MERCI
D'ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR ET
EN MAJUSCULES, DE NE PAS RAYER,
NI DE DÉBORDER DES CASES.

Vos coordonnées (pour d'éventuelles précisions) :

Téléphone fixe :

Portable :

Adresse électronique :

PARTIE I : HISTOIRE PERSONNELLE DE CANCER

Section 1 : CANCERS HÉMATOLOGIQUES

1.1 Quelles ont été les circonstances de découverte de votre cancer hématologique ?

- Bilan sanguin systématique
- Amaigrissement, fièvre ou sueurs nocturnes profuses
- Adénopathie (ganglion) ou splénomégalie (grosse rate)
- Douleur osseuse
- Autre, veuillez préciser :

1.2 Quel type de cancer hématologique avez-vous eu ?

- Lymphome / Maladie de Hodgkin
- Lymphome non Hodgkinien :
 - Lymphome diffus à grandes cellules B
 - Lymphome folliculaire
 - Autre, veuillez préciser :
- Maladie de Waldenström
- Leucémie lymphoïde chronique (LLC)
- Myélome multiple
- Je ne sais pas

1.3 Savez-vous quel était le stade de votre cancer au moment du diagnostic ?

>> Pour les lymphomes :

- Stade I Stade II Stade III Stade IV Je ne sais pas

>> Pour les leucémies lymphoïdes chroniques (LLC) :

- Stade A Stade B Stade C Je ne sais pas

1.4 Avez-vous utilisé votre compte rendu médical pour répondre aux questions précédentes ?

- Non Oui

Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que : l'équipe Inserm chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies ; sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront vous être communiquées et les informations médicales, communiquées au médecin de votre choix. Si vous constatez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées ; il est possible de cesser de participer à l'étude.

1.5 Quel(s) traitement(s) avez-vous eu(s) pour ce cancer hématologique ?

(Plusieurs réponses possibles. Si vous ne vous souvenez pas de la date de début ou de la durée du traitement, n'écrivez rien dans la case correspondante.)

Aucun traitement

Traitements, précisez ci-dessous. Si vous ne connaissez pas le traitement, cochez cette case :

Lymphome / Maladie de Hodgkin	Date de début (mois / année)	Durée du traitement Nb de séances
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie :		
<input type="checkbox"/> Protocole ABVD	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Protocole BEACOPP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Autre protocole , veuillez préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> séances

Lymphome non Hodgkinien	Date de début (mois / année)	Durée du traitement
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie :		
<input type="checkbox"/> Protocole R-CHOP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Autre protocole , veuillez préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Immunothérapie : Rituximab (Mabthera®, Rixathon®, Truxima®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Autre traitement , veuillez préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois

Leucémie lymphoïde chronique (LLC) Maladie de Waldenström	Date de début (mois / année)	Durée du traitement
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie :		
<input type="checkbox"/> Analogues des purines : Fludarabine (Fludara®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Agents alkylants : Chlorambucil (Chloraminophene®), Cyclophosphamide (Endoxan®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Bendamustine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Immunothérapie (anticorps monoclonaux) : Rituximab (Mabthera®, Rixathon®, Truxima®), Alemtuzumab (Lemtrada®), Ofatumumab (Arzerra®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Autres thérapies ciblées : Ibrutinib (Imbruvica®), Idélalisib (Zydelig®), Venetoclax (Venclyxto®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Autre traitement , veuillez préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois

Myélome multiple	Date de début (mois / année)	Durée du traitement Nb de séances
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie / Immunothérapie :		
<input type="checkbox"/> Inhibiteurs du protéasome : Bortézomib (Velcade®), Ixazomib (Ninlaro®), Carfilzomib (Kyprolis®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Immunomodulateurs : Thalidomide (Thalidomide Celgene®), Lénalidomide (Revlimid®), Pomalidomide (Imnovid®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Agents alkylants : Melphalan (Alkeran®), Cyclophosphamide (Endoxan®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Anticorps monoclonaux : Daratumumab (Darzalex®)...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Corticoïdes : Prednisone, Dexaméthasone...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> séances
<input type="checkbox"/> Autre traitement , veuillez préciser : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mois

1.6 Avez-vous eu une greffe de cellules souches hématopoïétiques / moelle osseuse ?

Autogreffe (de vous-même) : Non Oui » **À quelle date :** / (mois / année)
 Je ne sais pas

Allogreffe : Non Oui » **À quelle date :** / (mois / année)
(d'un donneur compatible) Je ne sais pas

1.7 Veuillez préciser si les traitements pour votre cancer hématologique sont en cours ou terminés :

Traitement	Radiothérapie	Chimiothérapie	Immunothérapie	Thérapie ciblée	Autre
Actuellement en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminé depuis moins d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminé depuis 1 à 2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminé depuis 2 à 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminé depuis plus de 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non concernée par le traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.8 Est-ce qu'une complication (biologique – anémie, baisse des globules blancs ou des plaquettes - neurologique, cardiovasculaire, digestive, cutanée ou autre) a entraîné une modification de votre traitement ?

Non Oui » **Si Oui, veuillez préciser de quelle complication il s'agit et quelle modification de traitement a été effectuée :**

Thérapie	Complication					
	Biologique	Neurologique	Cardiovasculaire	Digestive	Cutanée	Autre, précisez :
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Immunothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Thérapie ciblée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Thérapie	Modification de traitement			
	Réduction de la dose	Arrêt du traitement	Changement de thérapie	Autre, précisez :
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Immunothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Thérapie ciblée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

1.9 Nom et adresse de vos médecins et/ou établissement(s) d'hospitalisation* (uniquement pour votre premier cancer) :

*Afin que les médecins de l'étude E3N-APRÈS-CANCER puissent éventuellement les contacter pour obtenir un complément d'information.

1.10 Dans le cadre de la prise en charge de votre cancer, avez-vous eu recours aux...

... professionnels suivants :

- Kinésithérapeute Psychologue Sexologue
- Diététicien(ne) Tabacologue Rhumatologue
- Assistant(e) social(e) Autre professionnel(le), veuillez préciser :

... soins suivants :

- Sophrologie (traitement de la douleur) Rééducation à l'effort Rééducation somatique
- Massage Hypnose Orthophonie (rééducation vocale)
- Traitement au laser Homéopathie Naturopathie
- Phytothérapie Huiles essentielles Acupuncture
- Ostéopathie (non pratiquée par un médecin et non remboursée)
- Autres soins, veuillez préciser :

1.11 Avez-vous participé à un essai clinique...

... pour le traitement de votre cancer ? Non

Oui » En quelle année ?

Nom de l'essai clinique :

... pour des soins de support ? Non

Oui » En quelle année ?

Nom de l'essai clinique :

1.12 En lien avec votre cancer, avez-vous :

... participé à un groupe de parole ? Non Oui

... rencontré une association de patients ? Non Oui

... bénéficié d'une écoute téléphonique ? Non Oui

... consulté / participé à des discussions sur Internet ? Non Oui

1.13 D'autres membres de votre famille avec qui vous avez un lien de sang (mère/père biologique ; enfants biologiques ; frères et sœurs à l'exception de demi-sœurs et demi-frères) ont-ils eu un cancer ?

Non **Si Non, passez à la Section 2**

Oui **Si Oui » Veuillez préciser le site du (des) cancer(s) et l'âge (ans) auquel le cancer est survenu chez chacun des membres de votre famille.** Si plusieurs de vos sœurs, frères, filles, fils ont eu le même type de cancer, indiquez un N° d'ordre (1, 2, 3).

Site du cancer	Mère		Père		Sœur(s)		Frère(s)		Fille(s)		Fils		
	Site	Âge	Site	Âge	N°	Site	Âge	N°	Site	Âge	N°	Site	Âge
Sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Prostate			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
								2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
								3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Colorectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mélanome cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
					2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
					2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Testicule			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
								2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
					2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Site du cancer	Mère		Père		Sœur(s)		Frère(s)		Fille(s)		Fils		
	Site	Âge	Site	Âge	N°	Site	Âge	N°	Site	Âge	N°	Site	Âge
Pancréas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leucémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myélome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langue, bouche, pharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre cancer : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Section 2 : ÉVOLUTION DU CANCER

2.1 Quelle a été l'évolution de votre cancer ?

Rémission / Guérison » *Si rémission / guérison, merci de passer à la Partie II*

Récidive (réapparition du cancer au même site)

À quelle date ? (mois / année) /

Métastase à distance (ou foyer secondaire du cancer à d'autres localisations) :

Os Foie Poumon Cerveau Ganglions Autre, précisez :

À quelle date ? (mois / année) /

Nouveau cancer :

Sein Endomètre (utérus) Ovaire Colorectal

Thyroïde Mélanome cutané Poumon Vessie

Estomac Œsophage Rein

Foie Pancréas Col de l'utérus

Langue, bouche Autre :

À quelle date ? (mois /année) /

2.2 Quel(s) traitement(s) avez-vous eu(s) pour cette évolution ? (en cas de récurrence, métastase, nouveau cancer – plusieurs réponses possibles)

<input type="checkbox"/> Aucun traitement	
<input type="checkbox"/> Traitements , veuillez préciser :	Date de l'intervention / début du traitement (mois / année)
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="text"/> / <input type="text"/> Durée du traitement / nombre de séances
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> séances
<input type="checkbox"/> Traitements médicamenteux :	
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mois
<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mois
<input type="checkbox"/> Immunothérapie	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mois
<input type="checkbox"/> Thérapie ciblée	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mois
<input type="checkbox"/> Autre traitement , veuillez préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> mois
<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	

2.3 Si vous avez reçu un (des) traitement(s), veuillez préciser s'il(s) est (sont) en cours ou terminé(s) :

Traitement	Radiothérapie	Chimiothérapie	Hormonothérapie	Immunothérapie	Thérapie ciblée	Autre thérapie
Actuellement en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminé depuis moins d'un an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminé depuis 1 à 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminé depuis plus de 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non concernée par le traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires éventuels que vous voulez apporter :

PARTIE II : ENVIRONNEMENT SOCIAL

Nous nous intéressons maintenant aux modifications dans votre vie qui ont pu survenir depuis le diagnostic de votre cancer. Nous faisons référence au premier cancer (événement), même si vous en avez eu plusieurs (récurrence, métastase, autre type de cancer).

1.1 La MGEN est votre :

... **centre de sécurité sociale ?**

Non

Oui

... **mutuelle santé ?**

Non

Oui

... **les deux** (centre de sécurité sociale et mutuelle santé) ?

Non

Oui

1.2 En quelle année vous a-t-on diagnostiqué un cancer pour la première fois ?

(année)

1.3 Avez-vous déménagé suite à votre premier cancer ?

Non

Oui » **Si Oui :**

Quelle était votre commune de résidence avant le diagnostic ?

Code postal :

Après ce cancer, dans quelle commune avez-vous emménagé ?

Code postal :

1.4 Actuellement, vous vivez...

Seule

» **Veuillez préciser :**

Célibataire

Séparée

Divorcée

Veuve

En couple

Chez un membre de votre famille

En résidence (EPHAD, autre)

1.5 Au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer, vous viviez...

- Seule » **Veillez préciser :** Célibataire Séparée Divorcée Veuve
 En couple
 Chez un membre de votre famille
 En résidence (EPHAD, autre)

1.6 Votre statut matrimonial a-t-il changé après le diagnostic de votre 1^{er} cancer ?

- Non
 Oui » **Si Oui, de quel(s) changement(s) s'agit-il ?**
 Séparation Divorce Décès du conjoint Mariage PACS
 Autre, veuillez préciser : _____

1.7 Au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer, combien de personnes à charge aviez-vous (enfants biologiques ou non, autres personnes) ?

- Aucune 1 2 3 4 et plus

1.8 Combien de personnes à charge avez-vous actuellement ?

- Aucune 1 2 3 4 et plus

1.9 Au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer, au niveau financier, vous diriez que vous étiez plutôt :

- Très à l'aise À l'aise Ni à l'aise ni en difficulté En difficulté En grande difficulté

1.10 Actuellement, au niveau financier, vous diriez que vous êtes plutôt :

- Très à l'aise À l'aise Ni à l'aise ni en difficulté En difficulté En grande difficulté

1.11 Quel est votre niveau d'études (plus haut diplôme obtenu) ?

- Études primaires
 Diplôme d'études secondaires (collège ou lycée) inférieur au baccalauréat
 Baccalauréat ou équivalent
 Bac +2 à bac +3
 Bac +4 à bac +5
 Supérieur à bac +5

1.12 Quelle était votre profession au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer ?
(le masculin est utilisé à titre épiciène)

- Cadre, profession intellectuelle supérieure :
 Cadre de la fonction publique
 Professeur, profession scientifique
 Profession de l'information, des arts et des spectacles
 Cadre administratif / commercial d'entreprise
 Ingénieur et cadre technique d'entreprise
 Profession libérale
- Profession intermédiaire :
 Professeur des écoles, instituteur et assimilé
 Profession intermédiaire de la santé et du travail social
 Profession intermédiaire administrative de la fonction publique
 Profession intermédiaire administrative / commerciale des entreprises
 Technicien
- Employé : Employé civil / agent de service de la fonction publique
 Employé administratif d'entreprise
 Employé de commerce
- Agriculteur exploitant
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Ouvrier
- Retraité : Ancien cadre Ancien artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Ancienne profession intermédiaire Ancien employé

- Ancien ouvrier
- Ancien agriculteur exploitant
- Inactif : Sans activité professionnelle (autre que retraité et chômeur)
- Chômeur
- Personne n'ayant jamais travaillé

Autre profession, veuillez préciser :

1.13 Si vous étiez en activité au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer, quel type de contrat aviez-vous ?

- Fonctionnaire CDI CDD Contrat d'intérim ou de travail temporaire
- Autre, veuillez préciser :

1.14 Avez-vous changé de profession après votre 1^{er} cancer ?

Non » **Si Non, passez à la question 1.15**

Oui » **Si Oui :**

Quelle profession avez-vous exercé après ? (le masculin est utilisé à titre épique)

- Cadre, profession intellectuelle supérieure :
 - Cadre de la fonction publique
 - Professeur, profession scientifique
 - Profession de l'information, des arts et des spectacles
 - Cadre administratif / commercial d'entreprise
 - Ingénieur et cadre technique d'entreprise
 - Profession libérale
- Profession intermédiaire :
 - Professeur des écoles, instituteur et assimilé
 - Profession intermédiaire de la santé et du travail social
 - Profession intermédiaire administrative de la fonction publique
 - Profession intermédiaire administrative / commerciale des entreprises
 - Technicien
- Employé : Employé civil / agent de service de la fonction publique
- Employé administratif d'entreprise
- Employé de commerce
- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Ouvrier
- Retraité : Ancien cadre
- Ancien artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Ancienne profession intermédiaire
- Ancien employé
- Ancien ouvrier
- Ancien agriculteur exploitant
- Inactif : Sans activité professionnelle (autre que retraité et chômeur)
- Chômeur
- Personne n'ayant jamais travaillé

Autre profession, veuillez préciser :

Le changement de profession a été dû :

- ... à l'incapacité suite aux traitements reçus : Non Oui
- ... au licenciement / non renouvellement de contrat par votre employeur : Non Oui
- ... à votre démission : Non Oui
- ... autre, veuillez préciser :

1.15 Par rapport à l'emploi que vous occupiez au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer, avez-vous connu des changements en termes de...

	Oui	Si Oui, veuillez préciser en quoi ce changement consistait :	Comment avez-vous apprécié ce(s) changement(s) ?		
			Amélioration	Détérioration	Équivalence
... type de contrat	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... temps de travail (mi-temps thérapeutique, temps partiel...)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... horaires de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sécurité dans le travail	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lieu (mutation) / poste de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... salaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... arrêt maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE III : ÉTAT GÉNÉRAL DE SANTÉ

Section 1 : ÉTAT ACTUEL DE SANTÉ

1. Actuellement, comment jugez-vous votre état général de santé ?

Très bon Bon Assez bon Mauvais Très mauvais

2. Actuellement, avez-vous toujours des séquelles de votre cancer et du (ou des) traitement(s) suivi(s) ?

Non » *Si Non, passez à la question 3*

Oui » **Indiquez les séquelles eues au cours des 2 dernières semaines et leur intensité :**

	Intensité				
	Faible	Très modérée	Modérée	Importante	Très importante
Douleurs au niveau de la cicatrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires ou osseuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés sexuelles :					
Sécheresse vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapports sexuels douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs :					
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modifications de l'image du corps :					
Perte de confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés relationnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perturbations de la perception de l'apparence du corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles des fonctions urinaires :					
Incontinence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mictions urgentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mictions nocturnes fréquentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fistules (formation anormale d'un orifice ou d'un conduit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hématurie (sang dans les urines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intensité

Faible Très modérée Modérée Importante Très importante

Troubles des fonctions gastro-intestinales basses :

Diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urgences pour aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernies (saillie d'une partie d'un organe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contractures (raccourcissement anormal d'un muscle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fistules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stomie définitive (ouverture chirurgicale permanente pour l'évacuation des selles)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Troubles des fonctions gastro-intestinales hautes :

Difficultés pour avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la voix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trismus (constriction des muscles de la mâchoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problèmes dentaires ou buccaux :

Absence de salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyper sécrétion salivaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modification du goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de dent(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection de la bouche ou des dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Neuropathie périphérique :

Troubles de la sensibilité (engourdissements / fourmillements / picotements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Troubles moteurs :

Perte d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés à marcher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés pour utiliser un membre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lymphœdème des membres (stase de lymphes dans le tissu interstitiel entraînant une augmentation de volume du membre atteint)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Troubles de la vision :

Vision floue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à voir de côté (vision périphérique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulté à juger la distance entre les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinations visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacité du cristallin, cataracte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Difficultés respiratoires (essoufflements persistants)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Dépression, anxiété

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Peur de rechuter ou de mourir

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



Intensité

Faible Très modérée Modérée Importante Très importante

Désordres endocriniens :

Déficit thyroïdien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérance au froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Syndrome de la ménopause :

Bouffées de chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jambes lourdes / enflées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transpiration excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres, veuillez préciser :

1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUIVI MÉDICAL

3. Actuellement, êtes-vous toujours suivie régulièrement pour votre cancer ?

Non

Oui » **Si Oui :**

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté :

Votre oncologue ? fois

Votre médecin généraliste (consultation concernant votre cancer) ? fois

4. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté, pour un problème de santé autre que votre cancer, les thérapeutes suivants ? (plusieurs réponses possibles)

Nombre de consultations au cours des 12 derniers mois

Médecin généraliste

Médecin spécialiste :

Neurologue Gastroentérologue

Ophtalmologue Dermatologue

Endocrinologue Gynécologue

Médecin ORL Urologue

Cardiologue Rhumatologue

Pneumologue Médecin ostéopathe

Infirmier/infirmière

Kinésithérapeute

Dentiste

Nutritionniste

Psychologue / Psychiatre / Psychothérapeute / Psychanalyste

Autre(s) médecin(s) (dont les consultations sont remboursées), **veuillez préciser :**

1.

2.



5. Avez-vous été diagnostiquée de l'une des pathologies suivantes ?

Si oui, à quelle date ? (plusieurs réponses possibles)

Date du diagnostic (mois / année)

Maladies cardiovasculaires :

- Angine de poitrine
- Infarctus du myocarde
- Intervention pour pontage / stent / angioplastie
- Fibrillation auriculaire
- Insuffisance cardiaque
- Hypertension artérielle ayant nécessité un traitement
- Hypercholestérolémie ayant nécessité un traitement
- Phlébite profonde (non superficielle) / Embolie pulmonaire
- Artérite des membres inférieurs
- Autre maladie cardiovasculaire, veuillez préciser : _____

Maladies neurologiques ou neuro-vasculaires :

- Migraine :
 - Avec aura
 - Sans aura
 - Avec maux de tête chroniques
- Accident vasculaire cérébral (AVC) / hémorragie cérébrale /
accident ischémique transitoire (AIT) / « attaque »
- Maladie de Parkinson
- Troubles de la mémoire ayant nécessité consultation

Maladies endocriniennes :

- Diabète :
 - Traité par insuline
 - Traité par metformine
 - Traité par un autre médicament
 - Traité par régime alimentaire seul
- Maladie thyroïdienne bénigne :
 - Hyperthyroïdie
 - Nodule
 - Goitre
- Autre maladie endocrinienne, veuillez préciser : _____

Maladies de la peau :

- Ulcère(s), plaie(s) chronique(s)
- Autre maladie de peau (excepté un cancer), veuillez préciser : _____

Maladies de l'appareil digestif (autre qu'un cancer) :

- Sigmoïdite diverticulaire
- Maladie du foie
- Autre maladie de l'appareil digestif, veuillez préciser : _____

Interventions pour des problèmes de l'appareil digestif :

- Ablation de la vésicule biliaire
- Autre intervention, veuillez préciser : _____

Problèmes urologiques (autres qu'un cancer) :

- Insuffisance rénale / créatinine (ou urée sanguine anormale)
- Autre problème urologique, veuillez préciser : _____



Date du diagnostic (mois / année)

Interventions pour des problèmes urologiques :

- Opération pour incontinence urinaire (bandelette TVT ou TOT)
- Opération pour prolapsus – descente d’organes (avec ou sans geste urinaire)

□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□

Problèmes gynécologiques :

- Fibromes utérins
- Prolapsus – descente d’organes
- Infections génitales basses
- Mycoses génitales
- Herpès génital
- Autre problème (excepté un cancer), veuillez préciser :

□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□

1.
2.
3.

□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□

Maladies musculo-squelettiques :

- Fracture(s)
- Pseudo polyarthrite rhizomélique / Maladie de Horton
- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondylarthrite ankylosante
- Arthrose
- Ostéoporose
- Autre maladie musculo-squelettique, veuillez préciser :

□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□

□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

Maladies des voies respiratoires :

- Bronchite chronique
- Emphysème
- Asthme
- Autre maladie respiratoire (excepté un cancer), veuillez préciser :

□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□

□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

Problèmes oculaires :

- Cataracte
- Glaucome ou hypertension oculaire
- Rétinopathie diabétique
- Dégénérescence maculaire (DMLA)
- Autre problème oculaire (excepté un cancer), veuillez préciser :

□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□

□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

Problèmes bucco-dentaires :

- Gingivite / saignements des gencives
- Sécheresse buccale
- Caries / dents cassées
- Déchaussement / parodontite
- Autre problème bucco-dentaire (excepté un cancer), veuillez préciser :

□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□
□	□	/	□	□	□	□

□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---



6. À combien de reprises avez-vous été hospitalisée au cours de votre vie adulte (après 18 ans) hors accouchements ?

reprises Je ne me souviens pas

7. À combien de reprises avez-vous été hospitalisée en lien avec votre 1^{er} cancer ?

reprises Je ne me souviens pas

8. Au cours des 12 derniers mois, combien de jours avez-vous été hospitalisée et pour quel(s) motif(s) ? Si aucun jour d'hospitalisation, cochez la case ci-contre :

Nombre de jours d'hospitalisation (12 derniers mois)		Motif de l'hospitalisation, veuillez préciser :
1.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

9. Actuellement, combien de médicaments différents délivrés par ordonnance prenez-vous chaque jour ? (hors homéopathie et compléments alimentaires)

Nombre de médicaments (indiquez « 0 » si aucun médicament) :

Quels sont les noms de ces médicaments et pour quel(s) motif(s) les prenez-vous ?

Nom du médicament	Motif, veuillez préciser :
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>
6. <input type="text"/>	<input type="text"/>
7. <input type="text"/>	<input type="text"/>
8. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Section 2 : EXAMENS DE DÉPISTAGE

10. Avez-vous déjà fait les examens de dépistage suivants ? (plusieurs réponses possibles)

Mammographie Frottis Recherche de sang dans les selles Coloscopie
 Aucun examen de dépistage

Pour chaque examen de dépistage effectué, veuillez préciser :

	Mammographie	Frottis	Recherche de sang dans les selles	Coloscopie
Quelle est la date de votre dernier examen ? (mois / année)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
La fréquence de ces examens ?				
Je ne l'ai fait qu'une seule fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les 2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tous les 3 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moins souvent que tous les 3 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 3 : VIE REPRODUCTIVE ET TRAITEMENTS HORMONAUX

11. Avez-vous été réglée ?

Non, je n'ai jamais été réglée » **Si Non, passez à la PARTIE IV**

Oui » **Si Oui :**

À quel âge environ avez-vous eu vos premières règles ? ans

Je ne me souviens pas

Quelle a été la durée moyenne de vos cycles ?

24 jours ou moins 25-31 jours 32 jours ou plus Je ne me souviens pas

Vos cycles étaient-ils généralement :

Réguliers (+/- 3 jours) Souvent irréguliers Toujours irréguliers

Je ne me souviens pas

12. Avez-vous déjà été enceinte ?

Non » **Si Non, passez à la question 13**

Oui » **Si Oui :**

Combien de fois avez-vous été enceinte (quelle que soit l'issue de la grossesse : naissance, fausse couche ou interruption de grossesse) ?

fois

À quel âge avez-vous été enceinte pour la première fois ? ans

Combien de fois avez-vous accouché (par voie basse ou césarienne, d'enfants nés vivants ou mort-nés) ?

fois

À quel âge avez-vous accouché pour la première fois ? ans

Au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer, combien d'enfants biologiques aviez-vous ?

Aucun 1 2 3 4 et plus

13. Avez-vous déjà pris un traitement contraceptif oral (pilule contraceptive) ?

Non » **Si Non, passez à la question 14**

Oui » **Si Oui :**

À quel âge avez-vous commencé à prendre une pilule contraceptive ? ans

Pendant combien de temps en tout avez-vous pris la pilule contraceptive au cours de votre vie ? ans mois

14. Avez-vous utilisé d'autres types de contraceptifs, comme un...

Stérilet classique ? Non Oui

Stérilet avec libération d'hormones (Mirena®) ? Non Oui

Implant contraceptif ? Non Oui

Anneau contraceptif ? Non Oui

Autre, veuillez préciser :

15. Votre ménopause est...

Naturelle

Artificielle » **Si ménopause artificielle, était-ce par :**

Ovariectomie (ablation des ovaires) Chimiothérapie

Radiothérapie Autre, veuillez préciser :

16. À quel âge avez-vous été ménopausée ? ans

17. Avez-vous ressenti des effets secondaires de la ménopause (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale...)?

Non » **Si Non, passez à la PARTIE IV**

Oui » **Si Oui :**

À partir de quel âge ? ans

Comment avez-vous traité ces symptômes ?

- Pas de traitement des symptômes de la ménopause » **Passez à la PARTIE IV**
- Traitement vaginal (gels, crèmes, ovules, lubrifiants...) » **Passez à la PARTIE IV**
- Prise de phyto-œstrogènes » **Passez à la PARTIE IV**
- Prise de traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause » **Passez à la question 18**
- Autre, veuillez préciser : » **Passez à la PARTIE IV**

18. Si vous avez pris un traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause :

À quel âge avez-vous commencé à le prendre ? ans

Le prenez-vous actuellement ?

Non » À quel âge l'avez-vous arrêté ? ans

Oui

Pendant combien de temps en tout l'avez-vous pris au cours de votre vie ?

ans mois

Avez-vous modifié l'utilisation de THS de la ménopause après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement d'utilisation
- Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)
» **Si Non, passez à la PARTIE IV**
- Oui : arrêt du traitement
- Oui : changement de type de traitement
- Je ne me souviens pas » **Passez à la PARTIE IV**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre utilisation de THS de la ménopause ?

(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)
- Autre motif, veuillez préciser :

PARTIE IV : COMPORTEMENTS DE SANTÉ

Section 1 : DIFFÉRENTES CONSOMMATIONS

TABAC

1. Avez-vous déjà fumé du tabac dans votre vie ? (cigarettes classiques ou roulées, cigarillos...)

Non » **Si Non, passez à la question 2**

Oui » **Si Oui :**

À quel âge avez-vous commencé à fumer ? ans

Pendant combien de temps avez-vous fumé en tout, au cours de votre vie ?

ans mois

Fumez-vous toujours actuellement ?

Non » **À quel âge avez-vous arrêté de fumer ?** ans

Oui » **Actuellement, quelle est votre consommation moyenne de tabac ?**

cigarettes / jour

Au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer, fumiez-vous ?

Non

Oui » **Combien de cigarettes / cigarillos par jour fumiez-vous en moyenne ?**

cigarettes / jour

2. Avez-vous déjà vapoté (cigarette électronique) dans votre vie ?

Non » **Si Non, passez à la question 4**

Oui » **Si Oui :**

Vapotez-vous toujours actuellement ? Non Oui

Au moment du diagnostic de votre 1^{er} cancer, vapotiez-vous ? Non Oui

3. Avez-vous modifié ou commencé votre consommation de tabac / cigarette électronique après le diagnostic de votre cancer ?

Non : aucun changement de consommation de tabac

Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -) de consommation de tabac
» **Si Non, passez à la question 4**

Oui : arrêt de toute consommation de tabac

Oui : diminution de la consommation de tabac

Oui : augmentation de la consommation de tabac

Oui : diminution de la consommation de tabac (cigarettes classiques ou roulées / cigarillos...) et consommation de cigarette électronique

Oui : arrêt de la consommation de tabac (cigarettes classiques ou roulées / cigarillos...) et consommation de cigarettes électroniques

Oui : diminution de la consommation de tabac (cigarettes classiques ou roulées / cigarillos...) et utilisation de patches

Oui : arrêt de la consommation de tabac (cigarettes classiques ou roulées / cigarillos...) et utilisation de patches

Oui : début de la consommation de tabac (cigarettes classiques ou roulées / cigarillos...)

Oui : début de la consommation de cigarette électronique

Je ne me souviens pas » **Passez à la question 4**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié / commencé votre consommation de cigarettes ? (cigarettes classiques, roulées ; cigarette électronique)

(une seule réponse)

En raison de votre cancer : Décision personnelle

Conseil d'un professionnel de santé

Effets secondaires d'un traitement

Peur de récurrence ou des séquelles

Autre motif, veuillez préciser : _____

Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)

Modification du goût

Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez : _____

Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

ALCOOL

4. Actuellement, combien de jours par semaine consommez-vous de l'alcool (vin, bière, cidre, apéritifs, digestifs...)?

0 jour » ***Si vous ne consommez jamais d'alcool, passez à la question 5***

1 jour / 7 2 jrs / 7 3 jrs / 7 4 jrs / 7 5 jrs / 7 6 jrs / 7 7 jrs / 7

Les jours où vous consommez de l'alcool, combien de verres prenez-vous en moyenne ?

1 2 3 4 5 et plus

5. Après le diagnostic de votre cancer, avez-vous modifié votre consommation d'alcool ?

Non : aucun changement

Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» ***Si Non, passez à la question 6***

Oui : arrêt

Oui : diminution

Oui : augmentation

Je ne me souviens pas

» ***Passez à la question 6***

» ***Si Oui :***

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation d'alcool ?

(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

Décision personnelle

Conseil d'un professionnel de santé

Effets secondaires d'un traitement

Peur de récurrence ou des séquelles

Autre motif, veuillez préciser : _____

Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)

Mauvaise tolérance digestive de l'alcool

Modification du goût

Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez : _____

Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

ALIMENTATION

Fruits et légumes

6. En moyenne, combien de portions de fruits et légumes consommez-vous par jour ?

(1 portion = environ 80g, ou visuellement, une quantité équivalente à la grosseur d'un poing)

Fruits : portion(s)/jour

Légumes : portion(s)/jour

7. Avez-vous modifié votre consommation de fruits et légumes après le diagnostic de votre cancer ?

	Non : aucun change- ment	Non : seulement fluctuations (+ ou -)	Oui : augmentation	Oui : diminution	Je ne me souviens pas
Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

» **Si toutes les réponses sont Non ou Je ne me souviens pas, passez à la question 8**

» **Si au moins 1 fois Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de fruits et légumes ?
(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)
- Mauvaise tolérance digestive de l'aliment
- Modification du goût / de l'appétit
- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)
En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans Plus de 10 ans

Charcuterie

8. En moyenne, combien de portions de charcuterie (jambon, saucisses, lardons, bacon...) consommez-vous par semaine ? (1 portion de charcuterie = 50g soit l'équivalent d'une tranche de jambon)

portion(s)/semaine

9. Avez-vous modifié votre consommation de charcuterie après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
 Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la question 10**

- Oui : arrêt
 Oui : diminution
 Oui : augmentation
 Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 10**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de charcuterie ?

(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
 Conseil d'un professionnel de santé
 Effets secondaires d'un traitement
 Peur de récurrence ou des séquelles
 Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)
 Mauvaise tolérance digestive de l'aliment
 Modification du goût / de l'appétit
 Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)
En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Viande ou abats de boucherie

10. En moyenne, combien de portions de viande ou abats de boucherie (bœuf, veau, agneau, porc) consommez-vous par semaine ? (1 portion = environ 100g, soit l'équivalent d'un steak moyen)

- portion(s)/semaine

11. Avez-vous modifié votre consommation de viande ou abats de boucherie après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
 Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la question 12**

- Oui : arrêt
 Oui : diminution
 Oui : augmentation
 Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 12**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de viande ou abats de boucherie ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)
- Mauvaise tolérance digestive de l'aliment
- Modification du goût / de l'appétit
- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)
- En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Poisson

12. En moyenne, combien de portions de poisson (frais, surgelé, en boîte) **consommez-vous par semaine ?**

(1 portion = environ 100g de poisson cuit ou l'équivalent d'une boîte de conserve)

portion(s)/semaine

13. Avez-vous modifié votre consommation de poisson après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
- Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» Si Non, passez à la question 14

- Oui : arrêt
- Oui : diminution
- Oui : augmentation
- Je ne me souviens pas

» Passez à la question 14

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de poisson ?

(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)

- Mauvaise tolérance digestive de l'aliment
- Modification du goût / de l'appétit
- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- 3 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- plus de 10 ans

Volaille et lapin

14. En moyenne, combien de portions de volaille ou lapin consommez-vous par semaine ?

(1 portion = environ 100g)

portion(s)/semaine

15. Avez-vous modifié votre consommation de volaille / lapin depuis le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
- Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la question 16**

- Oui : arrêt
- Oui : diminution
- Oui : augmentation
- Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 16**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de volaille / lapin ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)
- Mauvaise tolérance digestive de l'aliment
- Modification du goût / de l'appétit
- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- 3 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- plus de 10 ans

Lait / produits laitiers / fromages

16. En moyenne, combien de portions de lait ou de produits laitiers / fromages consommez-vous par jour ou par semaine ? (1 portion = 250 mL de lait, ou 1 pot de yaourt standard, ou 30g de fromage)

Lait : portion(s)/jour Ou portion(s)/semaine
Produits laitiers (yaourts, fromage blanc) : portion(s)/jour Ou portion(s)/semaine
Fromage : portion(s)/jour Ou portion(s)/semaine

17. Avez-vous modifié votre consommation de lait / produits laitiers / fromage après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
 Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la question 18**

- Oui : arrêt
 Oui : diminution
 Oui : augmentation
 Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 18**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de lait / produits laitiers / fromage ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
 Conseil d'un professionnel de santé
 Effets secondaires d'un traitement
 Peur de récurrence ou des séquelles
 Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)
 Mauvaise tolérance digestive de l'aliment
 Modification du goût / de l'appétit
 Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)
En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Aliments à base de soja

18. En moyenne, combien de portions d'aliments à base de soja consommez-vous par jour ou par semaine ? (1 portion = 250 mL de « lait » de soja, ou 1 pot de « yaourt » au soja standard, ou 1 tranche de tofu d'environ 100g, ou des protéines de soja – un « steak » d'environ 100 g)

« Lait » de soja : portion(s)/jour Ou portion(s)/semaine
« Yaourts » au soja : portion(s)/jour Ou portion(s)/semaine
Tofu / « fromage » de soja : portion(s)/jour Ou portion(s)/semaine
Protéines de soja (« steak ») : portion(s)/jour Ou portion(s)/semaine

19. Avez-vous modifié votre consommation d'aliments à base de soja après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement

Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -) **» Si Non, passez à la question 20**

Oui : arrêt

Oui : diminution

Oui : augmentation

Je ne me souviens pas **» Passez à la question 20**

» Si Oui :

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation d'aliments à base de soja ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Autre motif, veuillez préciser :

Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)

Mauvaise tolérance digestive de l'aliment

Modification du goût / de l'appétit

Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Boissons sucrées

20. En moyenne, combien de grands verres de boissons sucrées gazeuses ou non (Coca-Cola®, Orangina®, Schweppes®, Oasis®, Ice tea®... ou de jus de fruits / jus à base de concentré) - **hors jus de fruits frais et boissons « light » édulcorées - consommez-vous par semaine ?** (1 grand verre = 250 mL)

verre(s)/semaine

21. Avez-vous modifié votre consommation de boissons sucrées après le diagnostic de votre cancer ?

Non : aucun changement

Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» Si Non, passez à la question 22

Oui : arrêt

Oui : diminution

Oui : augmentation

Je ne me souviens pas **» Passez à la question 22**

» Si Oui :

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de boissons sucrées ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé

Effets secondaires d'un traitement

Peur de récurrence ou des séquelles

Autre motif, veuillez préciser :

Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)

Mauvaise tolérance digestive de la boisson

Modification du goût / de l'appétit

Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Repas

22. La plupart du temps, prenez-vous... ? (plusieurs réponses possibles)

Un petit-déjeuner

Une collation dans la matinée

Un déjeuner

Une collation dans l'après-midi

Un dîner

Une collation dans la soirée ou dans la nuit

23. Avez-vous modifié votre nombre de repas par jour après le diagnostic de votre cancer ?

Non : aucun changement

Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la question 24**

Oui : diminution

Oui : augmentation

Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 24**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre nombre de repas par jour ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

Décision personnelle

Conseil d'un professionnel de santé

Effets secondaires d'un traitement

Peur de récurrence ou des séquelles

Autre motif, veuillez préciser :

Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)

Mauvaise tolérance digestive de certains aliments

Modification de l'appétit (avoir plus ou moins faim qu'avant)

Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de repas ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Produits sucrés et apéritifs salés

24. Consommez-vous habituellement, en dehors des repas, des pâtisseries, gâteaux, biscuits, autres produits sucrés ou apéritifs salés ?

- Non Oui

25. Avez-vous modifié vos habitudes de consommation de ces aliments sucrés / salés après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
 Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la question 26**

- Oui : arrêt
 Oui : diminution
 Oui : augmentation
 Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 26**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié vos habitudes de consommation de ces aliments ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
 Conseil d'un professionnel de santé
 Effets secondaires d'un traitement
 Peur de récurrence ou des séquelles
 Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)
 Mauvaise tolérance digestive de ces aliments
 Modification du goût / de l'appétit
 Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Plats préparés

26. En moyenne, par semaine, combien de fois consommez-vous les plats suivants ?

Plats tout préparés du commerce (en conserve, surgelés, du rayon frais en grande surface, ou traiteur : couscous, cassoulet, choucroute...) fois/semaine

Plats cuisinés de restauration collective (cafétéria, restaurant d'entreprise...) fois/semaine

Plats cuisinés de restauration rapide, achetés et mangés sur le pouce

(hamburger, kebab, sandwich, pizza, quiche...)

 fois/semaine**Aliments frits** (frites, chips, beignets, viandes ou poissons panés...) fois/semaine**Plats cuisinés à la maison à partir de produits bruts** (autres que « aliments frits ») fois/semaine**27. Avez-vous modifié vos habitudes de consommation de plats préparés après le diagnostic de votre cancer ?** (une seule réponse par ligne)

	Non : aucun changement	Non : seulement fluctuations (+ ou -)	Oui : arrêt	Oui : diminution	Oui : augmentation	Je ne me souviens pas
Plats tout préparés du commerce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plats cuisinés de restauration collective	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plats cuisinés de restauration rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments frits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plats cuisinés à la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

» *Si toutes les réponses sont Non ou Je ne me souviens pas, passez à la question 28*» *Si au moins 1 fois Oui :***Pour quel motif principal avez-vous modifié vos habitudes de consommation de l'un ou de plusieurs de ces types de plats ?** (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)
- Mauvaise tolérance digestive de certains aliments
- Modification du goût / de l'appétit
- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)
En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Matières grasses

28. Quel type de matière grasse utilisez-vous le plus souvent pour la cuisson des aliments ?
(une seule réponse)

Beurre

Margarine

Huile : Arachide Tournesol Olive Autre, veuillez préciser : _____

29. Quel(s) type(s) d'huile utilisez-vous le plus souvent pour l'assaisonnement ?
(2 réponses maximum)

Olive

Colza

Noix

Tournesol

Arachide

Mélange d'huiles de type Isio 4®

Autre, veuillez préciser : _____

30. Avez-vous modifié votre consommation de matières grasses après le diagnostic de votre cancer ? (une seule réponse par ligne)

	Non : aucun changement	Non : seulement fluctuations (+ ou -)	Oui : arrêt	Oui : diminution	Oui : augmentation	Je ne me souviens pas
Beurre et margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huile de tournesol / arachide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huile d'olive / colza / noix / mélange type Isio 4®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

» *Si toutes les réponses sont Non ou Je ne me souviens pas, passez à la question 31*

» *Si au moins 1 fois Oui :*

Pour quel motif principal avez-vous modifié vos habitudes de consommation de matières grasses ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

Décision personnelle

Conseil d'un professionnel de santé

Effets secondaires d'un traitement

Peur de récurrence ou des séquelles

Autre motif, veuillez préciser : _____

Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)

Mauvaise tolérance digestive de certains aliments

Modification du goût / de l'appétit

Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez : _____

Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

moins d'un an

1 à 2 ans

2 à 3 ans

3 à 5 ans

5 à 10 ans

plus de 10 ans

Régime

31. Actuellement, suivez-vous un régime particulier ?

Non

Oui » **Lequel, veuillez préciser :**

Vegan (végétalien)

Végétarien

Cétogène

Sans gluten

Sans fibres

Sans produits laitiers de vache

Jeûne thérapeutique par intermittence

Autre, veuillez préciser :

32. Avez-vous modifié votre régime alimentaire depuis le diagnostic de votre cancer ?

Non

» **Si Non, passez à la question 33**

Oui

» **Si Oui :**

Quel régime suiviez-vous avant le diagnostic de votre cancer ?

Aucun

Végétarien

Vegan (végétalien)

Cétogène

Sans gluten

Sans produits laitiers de vache

Sans fibres

Jeûne thérapeutique par intermittence

Autre, veuillez préciser :

Quel régime avez-vous suivi après le diagnostic de votre cancer ?

Aucun

Végétarien

Vegan (végétalien)

Cétogène

Sans gluten

Sans produits laitiers de vache

Sans fibres

Jeûne thérapeutique par intermittence

Autre, veuillez préciser :

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre régime alimentaire ?

(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

Décision personnelle

Conseil d'un professionnel de santé

Effets secondaires d'un traitement

Peur de récurrence ou des séquelles

Autre motif, veuillez préciser :

Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)

Mauvaise tolérance digestive de certains aliments

Modification du goût / de l'appétit

Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

ALIMENTS « BIO »

33. Actuellement, consommez-vous des produits issus de l'agriculture biologique (produits « bio » / AB) ?

Produits « bio »	Consommation		Si OUI, quelle part ces produits « bio » représentent-ils par rapport au total (« bio » et « non-bio ») consommé ?			
	Non	Oui	moins de 25%	25% à 50%	50% à 75%	75% à 100%
Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lait / Produits laitiers / Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments à base de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pain / Céréales / Farine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biscuits / Gâteaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thé / Infusion de plantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres produits, veuillez préciser :						
1. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Avez-vous modifié votre consommation de produits « bio » après le diagnostic de votre cancer ?

Produits « bio »	Non : aucun changement	Non : seulement fluctuations (+ ou -)	Oui : arrêt	Oui : diminution	Oui : augmentation	Oui : début	Je ne me souviens pas
Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œufs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lait / Produits laitiers / Fromage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aliments à base de soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Produits « bio »	Non : aucun changement	Non : seulement fluctuations (+ ou -)	Oui : arrêt	Oui : diminution	Oui : augmentation	Oui : début	Je ne me souviens pas
Pain / Céréales / Farine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biscuits / Gâteaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thé / Infusion de plantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres produits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

» **Si toutes les réponses sont Non ou Je ne me souviens pas, passez à la question 35**

» **Si Oui, Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de produits « bio » ?**

(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Autre motif, veuillez préciser :

- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)
- Mauvaise tolérance digestive de certains aliments
- Modification du goût / de l'appétit
- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)
En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- 3 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- plus de 10 ans

COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

35. Actuellement, consommez-vous au moins trois fois par semaine des compléments alimentaires de type : (plusieurs réponses possibles)

- Multivitamines Non Oui
- Multiminéraux Non Oui
- Comprimés isolés (une seule vitamine ou un seul type de minéraux) Non Oui
- Type plantes, huiles essentielles, extraits végétaux Non Oui
- Autre, veuillez préciser :
- Je ne consomme aucun complément alimentaire

» **Si pas de consommation, passez à la question 36**

» **Si consommation :**

Dans les compléments alimentaires que vous prenez, y a-t-il (plusieurs réponses possibles) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Du bêta-carotène (provitamine A) | <input type="checkbox"/> De l'acide folique (vitamine B9) |
| <input type="checkbox"/> De la vitamine C | <input type="checkbox"/> De la vitamine D |
| <input type="checkbox"/> De la vitamine E | <input type="checkbox"/> Du fer |
| <input type="checkbox"/> Du sélénium | <input type="checkbox"/> Du zinc |

Ces compléments alimentaires vous ont-ils été prescrits par un professionnel de santé ?

- Non Oui

36. Avez-vous modifié votre consommation de compléments alimentaires après le diagnostic de votre cancer ?

	Non : aucun changement	Non : seulement fluctuations (+ ou -)	Oui : arrêt	Oui : diminution	Oui : augmentation	Oui : début	Je ne me souviens pas
Bêta-carotène (provitamine A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acide folique (vitamine B9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sélénium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

» **Si toutes les réponses sont Non ou Je ne me souviens pas, passez à la Section 2**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal avez-vous modifié votre consommation de compléments alimentaires ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)
- Autre motif, veuillez préciser :

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de consommation ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Section 2 : ANTHROPOMÉTRIE

1. Poids corporel

Actuellement, quel est votre poids ? kg

Quel a été le poids maximum de toute votre vie adulte ?

(après 18 ans, hors périodes de grossesse)

kg

En quelle année était-ce ?

Je ne me souviens pas

Quel a été le poids minimum de toute votre vie adulte ? (après 18 ans) kg

En quelle année était-ce ?

Je ne me souviens pas

Quel était votre poids au moment du diagnostic de votre cancer ? kg

Je ne me souviens pas

Votre poids a-t-il changé après votre cancer ?

Non : aucun changement de poids

Non : pas de changement majeur, seulement alternance entre prise et perte de poids (+/- 3 kg)

» **Si Non, passez à la question 2. Taille**

Oui : perte de poids (5 kg ou plus)

Oui : prise de poids (5 kg ou plus)

Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 2. Taille**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal votre poids a-t-il changé ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

Décision personnelle

Conseil d'un professionnel de santé

Peur de récurrence ou des séquelles

Suite au(x) traitement(s) reçu(s)

Autre motif, veuillez préciser :

Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)

Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Je ne sais pas

Pendant combien de temps avez-vous gardé ce nouveau poids ?

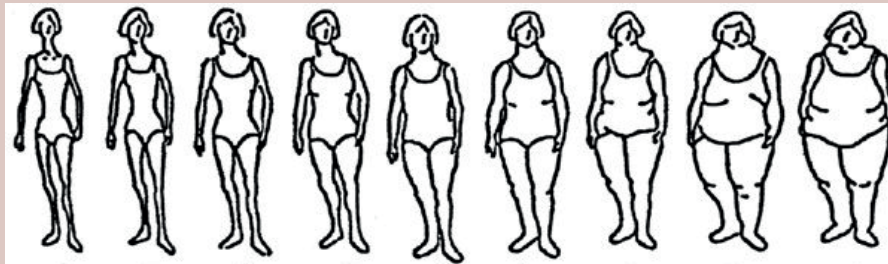
moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

2. Taille

Actuellement, quelle est votre taille ? cm

Indiquez la silhouette qui vous décrit le mieux aux âges suivants :

(cochez une case par ligne)



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Je ne me souviens pas
Autour de 8 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À la puberté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 20 et 25 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 35 et 40 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 50 et 55 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 3 : ACTIVITÉ PHYSIQUE

1. Actuellement, combien d'heures consacrez-vous en moyenne par semaine...

(indiquez le nombre d'heures pleines en moyenne. Par exemple : aucune = 0 ; 2h15 = 2 ; 2h30 = 3)

	En hiver	En été
... à la marche (faire des courses, pour vos loisirs...)	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine
... à faire de la bicyclette (faire des courses, pour vos loisirs...)	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine
... au jardinage et / ou au bricolage	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine
... aux tâches ménagères (cuisine, ménage...)	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine
... au sport (natation, gymnastique, tennis...)	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine

2. L'année précédant le diagnostic de votre cancer, combien d'heures avez-vous consacré en moyenne par semaine...

(indiquez le nombre d'heures pleines en moyenne. Par exemple : aucune = 0 ; 2h15 = 2 ; 2h30 = 3)

	En hiver	En été	Je ne me souviens pas
... à la marche (y compris pour aller au travail, faire des courses, pour vos loisirs...)	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine	<input type="text"/> <input type="text"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/>

	En hiver	En été	Je ne me souviens pas
... à faire de la bicyclette (y compris pour aller au travail, faire des courses, pour vos loisirs...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/>
... au jardinage et / ou au bricolage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/>
... aux tâches ménagères (cuisine, ménage...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/>
... au sport (natation, gymnastique, tennis...)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/>

3. Votre niveau d'activité physique a-t-il changé depuis le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
 Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la question 4**

- Oui : arrêt
 Oui : diminution
 Oui : augmentation
 Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 4**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal votre niveau d'activité physique a-t-il changé ?
(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
 Conseil d'un professionnel de santé
 Effets secondaires d'un traitement
 Peur de récurrence ou des séquelles
 Autre motif, veuillez préciser :
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)
 Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu ce changement de niveau d'activité physique ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

4. Actuellement, en moyenne, combien d'heures par jour restez-vous assise ?

(pendant les repas, devant la télévision, devant l'ordinateur, à lire...)

heures/jour

5. L'année précédant le diagnostic de votre cancer, en moyenne, combien d'heures par jour restiez-vous assise ?

(au travail, pendant les repas, devant la télévision, devant l'ordinateur, à lire...)

- heures / jour Je ne me souviens pas

6. Votre niveau de temps passé assise a-t-il changé après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
 Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la Section 4**

- Oui : arrêt
 Oui : diminution
 Oui : augmentation
 Je ne me souviens pas

» **Passez à la Section 4**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal votre niveau de temps passé assise a-t-il changé ?
(une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
 Conseil d'un professionnel de santé
 Effets secondaires d'un traitement
 Peur de récurrence ou des séquelles
 Autre motif, veuillez préciser :

- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)

- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Pendant combien de temps avez-vous maintenu ce changement de niveau de temps passé assise ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

Section 4 : SOMMEIL

1. Combien de temps dormez-vous en moyenne ?

La nuit : heures et minutes

Le jour (siestes) : minutes

- 2. Avez-vous des difficultés à vous endormir ?** Non Oui

- 3. Avez-vous des interruptions de sommeil durant la nuit ?** Non Oui

4. Prenez-vous des médicaments pour dormir ?

Non

Oui » **Le(s)quel(s), veuillez préciser :**

5. Votre nombre d'heures de sommeil a-t-il changé après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
 Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la Section 5**

- Oui : diminution
- Oui : augmentation
- Je ne me souviens pas » **Passez à la Section 5**

» **Si Oui : Pour quel motif principal votre nombre d'heures de sommeil a-t-il changé ?** (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Fatigue chronique
- Effets secondaires d'un (des) traitement(s) reçu(s)
- Anxiété, peur de récurrence ou des séquelles
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)
- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)

En clair si vous le souhaitez :

- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)

Autre motif, veuillez préciser :

- Je ne sais pas

Pendant combien de temps ce changement du nombre d'heures de sommeil a-t-il duré ?

- moins d'un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- 3 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- plus de 10 ans

Section 5 : EXPOSITION SOLAIRE

1. Actuellement, en moyenne, combien d'heures par semaine passez-vous à l'extérieur, au soleil, en milieu de journée (10h-15h) ? (lors de vos loisirs, jardinage, sports...)

	En hiver	En été
En semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine
Les week-ends	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine

2. L'année précédant le diagnostic de votre cancer, en moyenne, combien d'heures par semaine passiez-vous à l'extérieur au soleil en milieu de journée (10h-15h) ? (lors de vos loisirs, jardinage, sports...)

	En hiver	En été	Je ne me souviens pas
En semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/>
Les week-ends	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures/semaine	<input type="checkbox"/>

3. Avez-vous modifié votre niveau d'exposition solaire après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
- Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la question 4**

- Oui : diminution
- Oui : augmentation
- Je ne me souviens pas

» **Passez à la question 4**

» **Si Oui : Pour quel motif principal avez-vous modifié votre niveau d'exposition solaire ?** (une seule réponse, page suivante)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Augmentation du niveau de sensibilité au soleil
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardiovasculaire, hypertension...)
- Suite à un événement / changement de situation dans votre vie autre que des raisons de santé (perte d'emploi, décès d'un proche, divorce, départ en retraite, mariage...)
En clair si vous le souhaitez :
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)
- Autre motif, veuillez préciser :

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de niveau d'exposition solaire ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

4. En moyenne, au cours de l'année précédant le diagnostic de votre cancer, combien de fois avez-vous eu un coup de soleil sévère (accompagné d'une douleur durant 2 jours ou plus, de cloques, ou de la peau qui a pelé par la suite) ? fois Je ne me souviens pas

5. La fréquence à laquelle vous attrapez des coups de soleil a-t-elle changé après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
- Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)
- Oui : arrêt
- Oui : diminution
- Oui : augmentation
- Je ne me souviens pas

6. Lors d'activités à l'extérieur où vous prévoyez d'être exposée au soleil, vous portez généralement : (plusieurs réponses possibles)

- Aucune protection
- Un chapeau/une casquette
- Des vêtements couvrants
- De la crème solaire » **Quel indice de crème solaire utilisez-vous habituellement ?**
 <15 15-30 ≥30

7. Avez-vous modifié vos habitudes de protection solaire après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
- Non : pas de changement majeur » ***Si Non, passez à la question 8***
- Oui : moins de protection
- Oui : plus de protection
- Je ne me souviens pas » ***Passez à la question 8***

» ***Si Oui : Pour quel motif principal avez-vous modifié vos habitudes de protection solaire ?*** (une seule réponse, page suivante)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Augmentation du niveau de sensibilité au soleil
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)
- Autre motif, veuillez préciser

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de vos habitudes de protection solaire ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

8. Avez-vous déjà utilisé une cabine de bronzage ?

- Non » **Si Non, passez à la PARTIE V**
- Oui » **Si Oui :**

À quel âge avez-vous utilisé une cabine de bronzage pour la première fois ?

ans

Combien de fois avez-vous utilisé une cabine de bronzage au cours de l'année précédant le diagnostic de votre cancer ? fois

Votre fréquence d'utilisation d'une cabine de bronzage a-t-elle changé après le diagnostic de votre cancer ?

- Non : aucun changement
- Non : pas de changement majeur, seulement des fluctuations occasionnelles (+ ou -)

» **Si Non, passez à la PARTIE V**

- Oui : arrêt
- Oui : diminution
- Oui : augmentation
- Je ne me souviens pas

» **Passez à la PARTIE V**

» **Si Oui :**

Pour quel motif principal votre fréquence d'utilisation d'une cabine de bronzage a-t-elle changé ? (une seule réponse)

En raison de votre cancer :

- Décision personnelle
- Conseil d'un professionnel de santé
- Effets secondaires d'un traitement
- Peur de récurrence ou des séquelles
- Suite à une autre pathologie dont vous avez été atteinte (diabète, maladie cardio-vasculaire, hypertension...)
- Suite à une pathologie dont l'un(e) de vos proches a été atteint(e)
- Autre motif, veuillez préciser :

Pendant combien de temps avez-vous maintenu cette modification de fréquence d'utilisation d'une cabine de bronzage ?

- moins d'un an 1 à 2 ans 2 à 3 ans
- 3 à 5 ans 5 à 10 ans plus de 10 ans

PARTIE V : LA VIE APRÈS UN CANCER

QUESTIONNAIRE 1 : Votre qualité de vie *

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » réponse, seul votre avis personnel nous intéresse. Vos réponses resteront confidentielles.

		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1.	Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Êtes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DE LA SEMAINE PASSÉE :

		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
6.	Avez-vous été gênée pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Avez-vous été gênée dans vos activités de loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Avez-vous eu le souffle court ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Avez-vous ressenti de la douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Avez-vous eu besoin de repos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Vous êtes-vous sentie faible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Avez-vous manqué d'appétit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Avez-vous vomi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Avez-vous été constipée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Avez-vous eu de la diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Étiez-vous fatiguée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
20.	Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Vous êtes-vous sentie tendue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Vous êtes-vous fait du souci ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Vous êtes-vous sentie irritable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Vous êtes-vous sentie déprimée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie familiale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités sociales (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en cochant la case correspondante à un chiffre entre 1 (« très mauvais ») et 7 (« excellent »), qui s'applique le mieux à votre situation :

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?							
	1 Très mauvais	2	3	4	5	6	7 Excellent
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?							
	1 Très mauvais	2	3	4	5	6	7 Excellent
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* questionnaire « EORTC QLQ-C30 version 3 »



QUESTIONNAIRE 2 : Votre moral *

Dans la série de questions ci-dessous, cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire : votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je me sens tendue ou énervée :

La plupart du temps Souvent De temps en temps Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

Oui, tout autant Pas autant Un peu seulement Presque plus du tout

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

Oui, très nettement Oui, mais ce n'est pas trop grave
 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

Autant que par le passé Plutôt autant qu'avant
 Vraiment moins qu'avant Plus du tout

5. Je me fais du souci :

Très souvent Assez souvent Occasionnellement Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur :

Jamais Rarement Assez souvent La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assise à ne rien faire et me sentir décontractée :

Oui, quoi qu'il arrive Oui, en général Rarement Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :

Presque toujours Très souvent Parfois Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :

Jamais Parfois Assez souvent Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

Plus du tout Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

Oui, c'est tout à fait le cas Un peu Pas tellement Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :

Autant qu'avant Un peu moins qu'avant
 Bien moins qu'avant Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

Vraiment très souvent Assez souvent Pas très souvent Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :

Souvent Parfois Rarement Très rarement

* questionnaire « HADS »

QUESTIONNAIRE 3 : Votre perception du soutien social reçu *

Ce questionnaire vous demande d'indiquer comment vous avez perçu le soutien apporté par vos proches (famille, amis, autres personnes importantes pour vous) lors de votre maladie (premier cancer). Veuillez cocher la réponse qui vous correspond le mieux.

Échelle de réponse :

- 1 : Très fortement en désaccord
- 2 : Fortement en désaccord
- 3 : Moyennement en désaccord
- 4 : Ni en accord, ni en désaccord
- 5 : Moyennement d'accord
- 6 : Fortement d'accord
- 7 : Très fortement d'accord

	1	2	3	4	5	6	7
1. Il y a eu une personne en particulier qui a été là quand j'en ai eu besoin (APS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il y a eu une personne en particulier avec laquelle j'ai pu partager mes joies et mes peines (APS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ma famille a vraiment essayé de m'aider (F)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai reçu de ma famille toute l'aide émotionnelle et le soutien dont j'avais besoin (F)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai connu une personne en particulier qui a été une vraie source de réconfort pour moi (APS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mes amis ont vraiment essayé de m'aider (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai pu compter sur mes amis quand les choses allaient mal (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai pu parler de mes problèmes avec ma famille (F)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai eu des amis avec lesquels j'ai pu partager mes joies et mes peines (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il y a eu quelqu'un de spécial dans ma vie qui s'inquiétait de ce que je ressentais (APS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ma famille a été prête à m'aider à prendre des décisions (F)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai pu parler de mes problèmes avec mes amis (A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(APS – autre personne significative ; F – famille ; A – amis)

* questionnaire « MSPSS »

QUESTIONNAIRE 4 : Le développement post-traumatique suite à votre maladie *

Ce questionnaire s'intéresse aux éventuels changements que le cancer a pu provoquer chez vous et qui perdurent encore aujourd'hui. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à ce que vous ressentez actuellement.

Échelle de réponse :

0	1	2	3	4	5
Pas du tout	Très peu	Peu	Modérément	Beaucoup	Fortement/Totalement

Du fait de mon cancer...	0	1	2	3	4	5
1. ... j'ai changé de priorités dans la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... j'apprécie plus ma vie à sa vraie valeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... je me suis intéressée à de nouvelles choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... j'ai acquis plus de confiance en moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... j'ai développé une certaine spiritualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... je vois plus clairement que je peux compter sur les gens en temps de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... j'ai donné une nouvelle direction à ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... je me sens plus proche des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... je suis plus encline à exprimer mes émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... je suis davantage capable de gérer des situations difficiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... je fais de ma vie quelque chose de mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... j'accepte mieux la façon dont les choses se passent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ... j'apprécie plus amplement chaque jour de ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... de nouvelles opportunités sont apparues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... j'ai plus de compassion pour les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... je m'investis plus dans mes relations avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... j'essaie davantage de changer les choses qui ont besoin d'être changées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... j'ai une plus grande foi religieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... j'ai découvert que je suis plus forte que ce que je pensais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... je vois plus le bon côté des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... j'accepte mieux le fait d'avoir besoin des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* questionnaire « PTGI »

Vous êtes arrivée à la fin de ce questionnaire. Veuillez, s'il vous plaît, nous le renvoyer dans l'enveloppe « T » ci-jointe.

Nous vous remercions vivement pour votre précieuse collaboration !