



Q-10 2011

Date de naissance

/ / 1 9

Jour Mois Année

Date de réponse

/ / 2 0 1

Jour Mois Année

**MERCI DE NE PAS RAYER,
NE PAS DEBORDER DES CASES,
ECRIRE AVEC UN STYLO NOIR,
EN MAJUSCULES D'IMPRIMERIE.**

Vos coordonnées (pour d'éventuelles précisions)

Téléphone principal Autre

Adresse électronique

Activité professionnelle

Exercez-vous une activité professionnelle ? Oui Non Si non, âge d'arrêt

Si non, raison : jamais exercé retraite problème de santé

autre, précisez :

Votre statut marital actuel (plusieurs réponses possibles)

célibataire mariée/en couple divorcée/séparée veuve seule avec ami

Votre vie quotidienne

Vous occupez-vous de personne(s) handicapée(s) ou dépendante(s) Non Oui

Si oui, précisez : conjoint enfant(s) ascendant(s) autre

Combien de temps au total par semaine lui (leur) consacrez-vous ?

moins de 2 h de 2 h à 7 h de 7 h à 21 h 21h ou plus permanent

Vous habitez dans : maison individuelle sans jardin maison individuelle avec jardin

appartement maison de retraite/foyer chez vos enfants autre

Avez-vous un animal domestique ? Non Oui

Si oui : chien chat autre, précisez

Lancement de l'étude E4N

Dans la continuité de l'étude E3N, nous allons lancer la future cohorte E4N qui portera sur la santé en relation avec l'environnement et le mode de vie moderne chez des sujets d'une même famille.

Pour mener cette nouvelle étude, nous avons besoin de votre aide. Vous êtes en effet la seule à pouvoir nous mettre en contact avec les membres de votre famille.

Pour nous permettre de leur adresser par courrier postal ou électronique une information sur cette nouvelle étude qui les concernera et à laquelle ils seront évidemment libres de participer ou non, nous vous remercions de bien vouloir répondre aux questions que vous trouverez pages 11 et 12 de ce questionnaire.

Conformément aux dispositions de la loi de 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 prévention, détection et 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 en cours d'étude.

Mise à jour de votre état de santé depuis votre dernière réponse à un de nos questionnaires (le dernier vous a été envoyé en juillet 2008)

Maladies du cœur ou de la circulation	<i>Cochez si oui</i>	<u>Date de diagnostic</u>			
		<i>Mois</i>		<i>Année</i>	
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention pour : pontage <input type="checkbox"/> «stent» <input type="checkbox"/> angioplastie <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme cardiaque, fibrillation auriculaire Si oui, pose d'un «pace maker» <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phlébite profonde <input type="checkbox"/> superficielle <input type="checkbox"/> ne sait pas quel type <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies neurologiques et neurovasculaires	<i>Cochez si oui</i>	<u>Date de diagnostic</u>			
		<i>Mois</i>		<i>Année</i>	
Accident vasculaire cérébral (AVC)/ hémorragie cérébrale/ «attaque» Si oui, s'agissait-il d'un accident ischémique transitoire (AIT) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine : avec aura <input type="checkbox"/> sans aura <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/> autres maux de tête <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges entraînant des chutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression, troubles psychologiques ayant nécessité un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies endocriniennes	<i>Cochez si oui</i>	<u>Date de diagnostic</u>			
		<i>Mois</i>		<i>Année</i>	
Diabète Si oui, traité par : insuline <input type="checkbox"/> comprimé(s) <input type="checkbox"/> régime alimentaire <input type="checkbox"/> non traité <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie thyroïdienne bénigne Hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Nodule <input type="checkbox"/> Goitre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies de l'appareil digestif ou urinaire	Cochez si oui	<u>Date de diagnostic</u>			
		Mois		Année	
Polypes du côlon ou du rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calculs de la vésicule biliaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablation de la vésicule biliaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère estomac / duodénum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calculs des voies urinaires / coliques néphrétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Créatininémie anormale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sigmoïdite diverticulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, traitée par : chirurgie <input type="checkbox"/> antibiotiques <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite / stéatose, d'origine : virale <input type="checkbox"/> autoimmune <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liée au diabète/surpoids <input type="checkbox"/> médicamenteuse <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre cause <input type="checkbox"/> ne sait pas la cause <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuites urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, traitées par : chirurgie <input type="checkbox"/> médicaments <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rééducation <input type="checkbox"/> autre traitement <input type="checkbox"/> pas de traitement <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies des voies respiratoires	Cochez si oui	<u>Date de diagnostic</u>			
		Mois		Année	
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise(s) d'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cancer	Cochez si oui	<u>Date de diagnostic</u>			
		Mois		Année	
Sein droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utérus col <input type="checkbox"/> corps <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"/>	<input type="checkbox"/>
Intestin côlon <input type="checkbox"/> rectum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomac	<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"/>
Peau basocellulaire <input type="checkbox"/> spinocellulaire <input type="checkbox"/> mélanome <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
Sang leucémie <input type="checkbox"/> lymphome <input type="checkbox"/> myélome <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre cancer, précisez :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies musculo-squelettiques				<u>Date de diagnostic</u>		
				Cochez si oui	Mois	Année
Pseudo polyarthrite rhizomélisque / Maladie de Horton				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyarthrite rhumatoïde				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spondylarthrite ankylosante				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fractures (si plusieurs, indiquez la date de la plus récente)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Localisations : poignet <input type="checkbox"/> col du fémur <input type="checkbox"/> vertèbres <input type="checkbox"/>						
autre, précisez :						
Circonstances, précisez :						
.....						
Problème articulaire gênant la vie quotidienne :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Cochez si oui</i>		non traité	infiltration	chirurgie	autre traitement	
Poignet, main, coude		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epaule		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colonne vertébrale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hanche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genou		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheville, pied		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Maladies de la peau				<u>Date de diagnostic</u>		
				Cochez si oui	Mois	Année
Lupus érythémateux disséminé				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcères, plaies chroniques des membres inférieurs				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitiligo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres maladies non citées (précisez la date de diagnostic)
Sauf maladies des yeux, des oreilles ou des dents évoquées pages 8 à 10

.....

.....

Hospitalisations depuis 2008 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N

MOTIF	Mois	Année
1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Examens pratiqués depuis 2008 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N

	Cochez si oui	Date du plus récent		Normal	Anormal	Si résultat anormal, précisez ses conclusions
		Mois	Année			
Frottis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémocult®	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Cochez si oui	Date du plus récent		Normal	Anormal	Traité	Non traité
		Mois	Année				
Cholestérol Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholestérol LDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cholestérol HDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Triglycérides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous fait une ostéodensitométrie ? Non Oui

Si oui :

- résultats normaux Mois Année
- diagnostic d'ostéopénie Date premier diagnostic
- diagnostic d'ostéoporose Date premier diagnostic

NOM ET ADRESSE MEDECINS ou ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION

Si vous acceptez que les médecins d'E3N contactent vos médecins, indiquez leurs coordonnées :

.....

.....

.....

.....

.....

Vos mesures anthropométriques actuelles

Poids kg Taille 1 cm Tour de taille (au plus mince) cm

Tour de taille (au niveau du nombril) cm Tour de hanches (au plus large des hanches/fesses) cm

Tabac

Avez-vous déjà fumé dans votre vie ?

Non Oui, et je fume toujours Oui, mais j'ai arrêté Votre âge à l'arrêt

Si, au cours des 20 dernières années, vous avez vécu/travaillé dans une pièce enfumée, indiquez :

Combien d'heures environ par jour : Combien d'année(s) : Ne sait pas

Autonomie si vous êtes complètement autonome, merci de cocher «aucune difficulté» à chacun des items.

<i>Pouvez-vous, sans aide :</i>	Impossible	Très difficile	Assez difficile	Peu difficile	Aucune difficulté
Marcher au moins 500 mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter et descendre un escalier de deux étages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire des travaux lourds dans la maison ou le jardin (lessiver les murs, bêcher, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ramasser un objet tombé à terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Porter un sac à provisions de 5 kg sur une distance de 10 mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous coucher et vous lever du lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous asseoir et vous lever d'un siège	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous relever seule si vous tombez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couper les aliments et vous servir à boire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous servir des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain ou une douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous habiller et vous déshabiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faire toutes vos courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préparer vos repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretenir la maison seule (ménage, tâches quotidiennes en dehors des gros travaux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer la prise de vos médicaments (dosage, horaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous déplacer (voiture personnelle, taxi, transports en commun)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous servir du téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer votre budget, les chèques, les factures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer le nettoyage de vos vêtements/sous-vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher aussi vite qu'avant vos 50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrir une bouteille d'eau ou un pot de confiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actuellement, considérez-vous que votre santé est :

Très bonne Bonne Moyenne Mauvaise Très mauvaise

Etes-vous tombée au cours des 6 derniers mois ? Non Oui Si oui, combien de fois :

Sentiments - Comportements au cours de la semaine écoulée

<i>Pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case</i>	Jamais, très rarement moins d'1 jour par semaine	Occasion- nellement 1 à 2 jours par semaine	Assez souvent 3 à 4 jours par semaine	Fréquemment, tout le temps 5 à 7 jours par semaine
J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie très déprimée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été confiante dans l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie craintive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été heureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Votre santé bucco-dentaire

Considérez-vous qu'actuellement votre santé bucco-dentaire est :

bonne moyenne mauvaise

Avez-vous une prothèse dentaire complète (dentier) ? non oui

Si oui - depuis quelle année ?

- la portez-vous : tous les jours occasionnellement rarement

- précisez sa localisation : haut bas haut et bas

Vous a-t-on posé un ou plusieurs : - implants Si oui, combien :

- bridges Si oui, combien :

Pouvez-vous mordre et mâcher des aliments durs (comme une pomme par exemple) sans difficulté (si besoin, avec votre appareil dentaire) ? Non Oui

En général, à quelle fréquence vous brossez-vous les dents (ou votre prothèse dentaire le cas échéant) ?

moins d'une fois par jour une fois par jour

deux fois par jour trois fois par jour ou plus

En général, à quelle fréquence allez-vous chez votre dentiste pour un simple contrôle ou un détartrage ?

une fois par an ou plus de temps en temps, mais pas chaque année jamais

		Année
Avez vous souffert des problèmes suivants ? (cochez si oui et précisez également l'année approximative de la dernière survenue du problème)	gingivite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	déchaussement <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	parodontite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	abcès dentaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Vos capacités visuelles

Portez-vous ou avez-vous porté : Non Oui - des lunettes de vue ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - des lentilles oculaires ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez les raisons (plusieurs raisons possibles) et en quelle année :	
	<i>Cochez si oui</i>	<i>Année de diagnostic</i>
	Myopie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Astigmatisme <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hypermétropie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Presbytie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autre :		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Quelle est la couleur de vos yeux ? (Plusieurs choix possibles)	Bleu <input type="checkbox"/>	Noisette <input type="checkbox"/>	Gris <input type="checkbox"/>
	Vert <input type="checkbox"/>	Brun <input type="checkbox"/>	Noir <input type="checkbox"/>

Actuellement, pouvez-vous lire clairement les caractères d'imprimerie d'un journal avec si besoin vos lunettes ou vos lentilles ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Actuellement, pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 4 mètres de vous (à l'autre bout d'une chambre par exemple) avec si besoin vos lunettes ou vos lentilles	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

Avez-vous souffert des problèmes suivants (plusieurs raisons possibles) ?				
	Oeil droit	<i>Année</i>	Oeil gauche	<i>Année</i>
perte définitive de vision	<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"/>
dégénérescence maculaire (DMLA)	<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"/>
glaucome ou hypertension oculaire	<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"/>
rétinopathie diabétique	<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"/>
cataracte	<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"/>

Autre(s) maladie(s) oculaire(s)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<i>Année</i>
Si oui, précisez en clair et indiquez l'année approximative du diagnostic :		<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"/>

Actuellement, utilisez-vous des gouttes pour les yeux (de façon quotidienne) ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<i>Année</i>
Si oui, précisez le(s) traitement(s) en cours et l'année de début de ce(s) traitement(s)		<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"/>



Vos capacités auditives

Considérez-vous qu'actuellement vos capacités auditives sont :

bonnes

moyennes

mauvaises

Pouvez-vous suivre une conversation dans une ambiance bruyante (éventuellement avec un appareil auditif) ?

Oui, facilement

Oui, difficilement

Non

Depuis quelle année ?

Comment cette gêne est-elle survenue ? progressivement subitement

Avez-vous souffert d'acouphènes, de bourdonnements et/ou de sifflements d'oreilles (pendant une période d'au moins 2 mois) ? Non Oui

Si oui, précisez :

Année de début

Année de fin (éventuellement)

Avez-vous un appareil auditif ?

Cochez si oui

*Année
d'acquisition*

oreille gauche

oreille droite

Le portez-vous ? tous les jours occasionnellement rarement ou jamais

Le trouvez-vous ? confortable Non Oui

efficace Non Oui

Contacts pour la future cohorte E4N (pages suivantes)

Pour chaque enfant :

Nom d'usage, prénom	Date de naissance		Sexe	Adresse postale	Adresse électronique	Nom et prénom du père
	Mois	Année				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			

Q10-11

Continuer si nécessaire, sur papier libre sur le même modèle.

Pour le(s) père(s) de votre/vos enfant(s) :

Utiliser plusieurs lignes si vos enfants sont de pères différents.

Si décédé, merci d'indiquer (dans la case «adresse postale») la cause du décès.

Nom et prénom du père	Adresse postale (si différente de la vôtre)	Adresse électronique

Continuer si nécessaire, sur papier libre sur le même modèle.

Pour chacun de vos frères et soeurs :

Nom d'usage, prénom	Date de naissance		Sexe	Adresse postale	Adresse électronique	Par rapport à vous:		
	Mois	Année				même père	même mère	
			M F			Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
			M F			Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
			M F			Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
			M F			Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

Continuer si nécessaire, sur papier libre sur le même modèle.