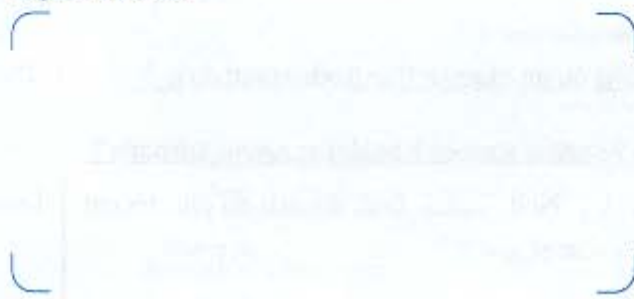




Questionnaire n°4

Etiquette à décoller



Cochez vos réponses de la façon suivante : avec un stylo ou un crayon noir . Evitez les feutres et les encres de couleur . Ne mettez qu'un seul chiffre par case sans en dépasser les contours : 1 2 pour le mois de Décembre par exemple, 9 4 pour l'année 1994.

- Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire : Mois Année

- Quelle est votre commune de naissance ? Département Commune

- Habitez-vous dans une commune de : 10.000 habitants ou moins plus de 10.000 habitants

- Travaillez-vous dans une commune de : 10.000 habitants ou moins plus de 10.000 habitants

- Tabac : Fumez-vous actuellement ?

non, je n'ai jamais fumé

non, je ne fume plus

- j'ai arrêté depuis années

- j'ai fumé régulièrement (au moins une cigarette par jour) occasionnellement
 j'ai fumé en moyenne cigarette(s)/jour, pendant années

oui, je fume régulièrement (au moins une cigarette par jour) occasionnellement
 je fume en moyenne cigarette(s)/jour, depuis années

- Cycles menstruels : Quelle est votre situation actuelle ?

Vous êtes réglée sans aucun traitement hormonal. Dans ce cas, vos cycles sont-ils de :
 24 jours ou moins 25-26 27-29 30-31 32 jours ou plus irréguliers

- Dans les 12 derniers mois, combien avez-vous eu de menstruations (règles) :

Vous êtes réglée et sous traitement hormonal - Pilule oestroprogestative, traitement progestatif, traitement substitutif de la ménopause

Vous n'êtes plus réglée : Depuis quand ? Mois Année

- Eprouvez-vous (ou avez-vous éprouvé) des effets secondaires de la ménopause ? (bouffées de chaleur, etc...)

Non Oui — depuis quelle date Mois Année

- Si vous prenez (ou avez pris) un (des) traitement(s) hormonal(aux) depuis Juin 93, indiquez :

Nom du médicament Date début utilisation Mois Année Durée d'utilisation (en mois)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



- Si vous êtes (ou avez été) traitée pour ostéoporose, par traitement non hormonal depuis Juin 93, indiquez :

Nom du médicament	Date début utilisation		Durée d'utilisation
	Mois	Année	(en mois)
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

continuez sur papier libre

- Avez-vous déjà eu un examen d'ostéodensitométrie ?

Non Oui — année du dernier

mesure de la masse osseuse

- Depuis Juin 93, avez-vous eu l'un des examens suivants ?

Cholestérol : Non Oui, résultat du plus récent

en g/l en mmol/l

, , , , , , , , ,

Tension artérielle : Non Oui, résultat le plus récent

maxi mini

, ,

- Médicaments : Prenez-vous actuellement, au moins 3 fois par semaine :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antihypertenseurs | <input type="checkbox"/> Vasodilatateurs (pour la circulation du sang) |
| <input type="checkbox"/> Somnifères | <input type="checkbox"/> Hypolipidémiants (contre un cholestérol trop élevé) |
| <input type="checkbox"/> Psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs...) | <input type="checkbox"/> Protecteurs gastriques (contre ulcères et aigreurs d'estomac) |
| <input type="checkbox"/> Supplémentation en calcium | <input type="checkbox"/> Diurétiques |
| <input type="checkbox"/> Supplémentation en Vitamines/Minéraux/Oligo-éléments | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoires |
| <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> Antidiabétiques |
| <input type="checkbox"/> groupe B <input type="checkbox"/> Bétacarotène (dans des associations) | <input type="checkbox"/> Laxatifs |
| <input type="checkbox"/> Minéraux / Oligo-éléments | |

- Fratrie (liens de sang et non d'adoption) :

Avez-vous : un frère jumeau une sœur jumelle (vraie jumelle) une sœur jumelle (fausse jumelle)

Nombre total de frères Nombre total de sœurs

Qu'ils (elles) soient vivants(tes) ou non aujourd'hui, y compris éventuellement, votre jumeau (jumelle); à l'exclusion des demi-frères et demi-sœurs.

- Quelle est votre date de naissance ?

Pour contrôle

/ /
Jour Mois Année

- Quel est votre numéro MGEN ?

Pour réactualiser régulièrement au cours des prochaines années, l'ensemble de notre fichier d'adresses (adresses incomplètes, erronées, déménagements...)

- Mesures anthropométriques actuelles (si possible, prendre les mesures en sous-vêtements, à jeun. De préférence, faites-vous aider)

Poids Kg Taille m Taille assise m

Tour de poitrine

- Au niveau de la pointe des seins cm (1)

Prendre avec le soutien-gorge

- A la base des seins cm (2)

Tour de taille cm (3)

A prendre en fin d'expiration, à l'endroit le plus creux au-dessus du nombril

Tour de hanches cm (4)

A l'endroit le plus large au-dessous du nombril

Vous a-t-il été possible :

- de vous faire aider Non Oui
 - de prendre vos mesures en sous-vêtements Non Oui
 - de prendre vos mesures à jeun Non Oui

S'asseoir sur un tabouret d'assise rigide. Se tenir droite, omoplates et fesses contre le mur. Prendre la mesure de la taille à l'aide d'une équerre placée sur la tête. Soustraire la hauteur du tabouret.



Veillez à placer le centimètre à l'horizontale, sans serrer. (centimètre de couture)





ETAT DE SANTE DEPUIS JUIN 1993

1) Hospitalisation

Avez-vous été hospitalisée depuis Juin 1993 ?

Non Oui — à quelle date

pour quelle raison : Mois Année

(si plusieurs hospitalisations, continuez sur papier libre)

2) Maladie appareil urinaire ou digestif

Indiquez les maladies que vous avez eues en cochant la case correspondante

Date de diagnostic
Mois Année

Calculs rénaux	<input type="checkbox"/>		
Infection urinaire	<input type="checkbox"/>		
Calculs vésicule, voies biliaires	<input type="checkbox"/>		
Ablation vésicule biliaire	<input type="checkbox"/>		
Hépatite virale			
<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Autre			
Hépatite chronique			
<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Autre			
Dysenterie amibienne	<input type="checkbox"/>		
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>		
Rectocolite ulcéro-hémorragique	<input type="checkbox"/>		
Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>		
Ulcère digestif			
<input type="checkbox"/> Estomac <input type="checkbox"/> Duodénum <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
- Confirmé par fibroscopie ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Polypes intestinaux	<input type="checkbox"/>		
- Ont-ils été enlevés ?			
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, par chirurgie <input type="checkbox"/> Oui, par résection endoscopique (ablation par voies naturelles)			
Polypose intestinale familiale héréditaire	<input type="checkbox"/>		

4) Maladies voies respiratoires - ORL

Indiquez les maladies que vous avez eues en cochant la case correspondante

Date de diagnostic
Mois Année

Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>		
Emphysème	<input type="checkbox"/>		
Tuberculose	<input type="checkbox"/>		
Crise(s) d'asthme	<input type="checkbox"/>		

5) Maladie coeur - circulation

Phlébite	<input type="checkbox"/>		
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>		
Artérite membres inférieurs	<input type="checkbox"/>		
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>		
Hypotension artérielle	<input type="checkbox"/>		
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>		
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>		
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>		
Accident vasculaire cérébral, Hémorragie cérébrale, «attaque»	<input type="checkbox"/>		

6) Autres

Diabète insulino-dépendant	<input type="checkbox"/>		
Diabète non insulino-dépendant	<input type="checkbox"/>		
Maladie thyroïdienne bénigne			
<input type="checkbox"/> Hyper <input type="checkbox"/> Hypo <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas			
Dépression, troubles psychologiques ayant nécessité un traitement	<input type="checkbox"/>		
Fractures	<input type="checkbox"/>		

Localisation et date

Angines fréquentes	<input type="checkbox"/>		
Migraines	<input type="checkbox"/>		
Eczéma	<input type="checkbox"/>		
Autres problèmes allergiques	<input type="checkbox"/>		
Précisez			

7) Autre(s) maladie(s) non citée(s)

3) Cancer

Sein	<input type="checkbox"/>		
Utérus : <input type="checkbox"/> Col <input type="checkbox"/> Corps			
Ovaire	<input type="checkbox"/>		
Estomac	<input type="checkbox"/>		
Intestin : <input type="checkbox"/> Colon <input type="checkbox"/> Rectum			
Thyroïde	<input type="checkbox"/>		
Peau	<input type="checkbox"/>		
Poumon	<input type="checkbox"/>		

Autre, précisez :



8) Depuis Juin 1993, avez-vous eu une maladie bénigne du sein ?

Non Oui — à quelle date ?

si plusieurs, précisez sur papier libre

Mois Année

- Type de maladie

- Adénome - Fibro adénome
nodule bénin non liquidien
- Mastodynie *seins douloureux cycliques, en dehors de la grossesse, nécessitant un traitement*
- Écoulement non lacté du mamelon
en dehors grossesse
- Kyste du sein
nodule à contenu liquidien
- Lipome
«boule» graisseuse
- Abscess du sein
en dehors grossesse
- Maladie fibro-kystique, Maladie de Reclus
- Mastose *seins denses associés ou non à plusieurs nodules*
- Autre *en clair* : _____
- Ne sait pas

- Traitement

- Ablation de la lésion Ablation 1 sein 2 seins
- Médicament hormonal Médicament autre
- Pas de traitement Ne sait pas

- Examens subis pour cette maladie :

- Ponction Biopsie
- Mammographie Echographie
- Thermographie Ne sait pas

- Etait-ce le sein ?

- Droit Gauche
- Les 2 seins Ne sait pas

9) Depuis Juin 1993, avez-vous eu une maladie de l'utérus ou de l'ovaire ?

Non Oui — à quelle date ?

si plusieurs, précisez sur papier libre

Mois Année

- Type de maladie

- Polype(s) utérin(s)
- Endométriose
- Fibrome utérin
- Kyste de l'ovaire
- Trouble ou arrêt des règles ayant nécessité un traitement
- Autre *en clair* : _____
- Ne sait pas

- Traitement

- Chirurgie Médicament autre
- Médicament hormonal Ne sait pas
- Pas de traitement

- Examens subis pour cette maladie :

- Biopsie Coelioscopie
- Hystérographie Hystérocopie
- Echographie Ne sait pas

10) Examens pratiqués depuis Juin 1993

- Frottis normal anormal ne sait pas
- Mammographie normal anormal ne sait pas
- Echographie normal anormal ne sait pas

Si l'un de ces examens était anormal, précisez en clair de quel examen il s'agit, sa date et sa conclusion :

- Recherche de sang dans les selles
_____ normal anormal ne sait pas
- Coloscopie normal anormal ne sait pas
- Lavement baryté normal anormal ne sait pas

Si l'un de ces examens était anormal, précisez en clair de quel examen il s'agit, sa date et sa conclusion :

11) Quel mot décrit le mieux votre transit intestinal ?

- Normal Diarrhée Constipation Alternance
Diarrhée-Constipation

12) Quelle est la fréquence de vos selles ? en moyenne

- 1 ou plus par jour 3 à 6 fois par sem. 2 ou moins par sem.

13) Avez-vous eu des diverticules au colon ?

- Non Oui Ne sait pas

Si vous acceptez que le médecin de l'étude «E3N» contacte votre (vos) médecin(s) pour complément d'information éventuel, indiquez ses (leurs) coordonnées :
