



QUESTIONNAIRE NEURO CONTACTS MEDECIN

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

Date de remplissage :

/ / 2 0

Jour Mois Année

Dans l'un des questionnaires de l'étude épidémiologique E3N, vous avez déclaré être suivie pour une maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien.

Pourriez-vous, s'il vous plaît, confirmer que c'est bien le cas ? Oui Non

Si vous avez répondu OUI, merci de compléter la suite de ce questionnaire.

Depuis quelle année êtes-vous suivie pour ce problème de santé ? (Année)

Êtes-vous (ou avez-vous été) suivie par un neurologue ? Oui Non

Si OUI, merci de nous indiquer son nom et ses coordonnées pour que le médecin de l'étude puisse le contacter.

Nom et prénom du **neurologue** :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél :

Si NON, merci de nous indiquer le nom et les coordonnées de votre médecin traitant.

Nom et prénom du **médecin traitant** :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél :

Avez-vous été hospitalisée pour ce problème de santé ? Oui Non

Si OUI, merci de nous indiquer les coordonnées de l'établissement d'hospitalisation.

Nom de l'**établissement** :

Adresse :

Code postal : Ville : Tél :

MERCI POUR VOTRE IMPLICATION

Etude E3N - Gustave Roussy - 114 rue Edouard Vaillant - 94805 Villejuif Cedex
01 42 11 53 86 - contact@e4n.fr - www.e3n.fr

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.