

Etiquette à décoller, avant de renvoyer le questionnaire

**TRÈS IMPORTANT :**

- Ne pas rayer si vous n'avez rien à remplir
- Ecrire avec un stylo noir
- Ne pas déborder des cases
- Ne pas raturer

**1** Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire

/   / 2 0

Jour Mois Année

**2** Renseignements généraux

Quelle est votre date de naissance ? (pour vérification)   /   / 1 9

Avez-vous actuellement une activité professionnelle ? Oui  Non

Quel est votre statut marital actuel ?

Célibataire  Mariée / Vit en couple  Veuve  Divorcée / Séparée

**3** Tabac

Fumez-vous actuellement ?

Oui, régulièrement   cigarette(s) par jour

Oui, occasionnellement (moins d'une cigarette par jour)

Non, je ne fume plus depuis   ans

Non, je n'ai jamais fumé

**4** Transit intestinal

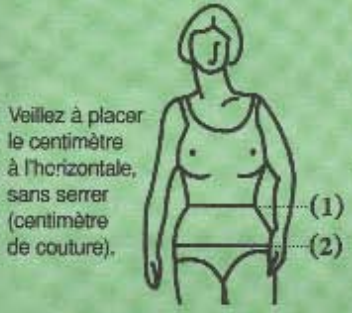
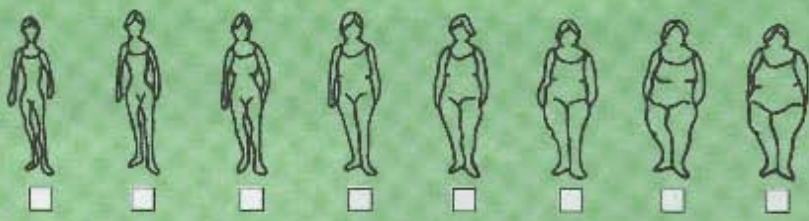
Type : Normal  Diarrhée  Constipation  Alternance diarrhée-constipation

Fréquence des selles : 1 ou plus par jour  3 à 6 fois/semaine  2 ou moins/semaine

**5** Mesures anthropométriques actuelles

Si possible prendre les mesures en sous-vêtements, à jeun.

A l'aide des dessins, indiquez votre morphologie actuelle : (si vous hésitez entre 2 dessins, noircissez les 2 cases correspondantes)



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

Quel est votre poids actuel ?    kg

Votre taille ?    cm

Votre tour de taille ?    cm (1) Votre tour de hanches ?    cm (2)

Avez-vous pris vos mesures : - en sous-vêtements Oui  Non

- à jeun Oui  Non

## 6 Activités

**physiques** : au cours d'une **semaine type** de l'année passée, combien d'heures avez-vous consacré à ... ?

La marche  
y compris pour aller au travail, faire des courses...

La bicyclette  
y compris pour aller au travail, pour vos loisirs...

Au jardinage

Au bricolage

Au sport

Aux tâches ménagères

En hiver

En été

En hiver	En été
<input type="text"/> h <input type="text"/> min	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
<input type="text"/> h <input type="text"/> min	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
<input type="text"/> h <input type="text"/> min	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
<input type="text"/> h <input type="text"/> min	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
<input type="text"/> h <input type="text"/> min	<input type="text"/> h <input type="text"/> min
<input type="text"/> h <input type="text"/> min	<input type="text"/> h <input type="text"/> min

## 7 Traitements hormonaux :

(traitements substitutifs de la ménopause, progestatifs...) pris depuis juillet 2000 ou votre dernière réponse à un questionnaire.

Utilisez **une ligne par médicament** et précisez toutes les informations demandées. Si vous avez pris plusieurs médicaments, remplissez **toutes les cases**, même si ce sont les mêmes dates et durées. Si vous ne vous en souvenez plus, indiquez une date et une durée approximatives. Pour les traitements en cours en juillet 2000, partez de la date de début du traitement.

Nom du médicament (en majuscules d'imprimerie SVP)	Date de début d'utilisation		Durée (en mois)	En cours (croix si oui)
	Mois	Année		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

## 8 Autres médicaments :

prenez-vous actuellement, au moins 3 fois par semaine ?

Somnifères <input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoires <input type="checkbox"/>	Antidiabétiques <input type="checkbox"/>
Psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs...) <input type="checkbox"/>	Protecteurs gastriques (contre ulcères et aigreurs d'estomac) <input type="checkbox"/>	Vasodilatateurs (pour la circulation du sang) <input type="checkbox"/>
Antihypertenseurs <input type="checkbox"/>	Bronchodilatateurs inhalés <input type="checkbox"/>	Corticoïdes inhalés <input type="checkbox"/>

Diurétiques  Laxatifs  (nom en clair)

Supplémentation en :

Biphosphonates <input type="checkbox"/>	Calcium <input type="checkbox"/>	Fluor <input type="checkbox"/>	Fer <input type="checkbox"/>	Magnésium <input type="checkbox"/>
Phytoestrogènes (Soja) <input type="checkbox"/>	Autres minéraux / Oligo-éléments <input type="checkbox"/>			
Vitamines : A <input type="checkbox"/>	Groupe B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Acide folique <input type="checkbox"/>	Bétacarotène <input type="checkbox"/>	Autres vitamines <input type="checkbox"/>		

## 9 Examens pratiqués :

Depuis juillet 2000 ou votre dernière réponse à un questionnaire, avez-vous fait faire l'un des examens suivants ?

	Croix si oui	Résultat le plus récent			Si résultat anormal, précisez les conclusions
		Normal	Anormal	Ne sait pas	
Frottis :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mammographie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ostéodensitométrie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Coloscopie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Recherche de sang dans les selles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mesure tension artérielle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		maxi : <input type="text"/> mini : <input type="text"/>
Dosage du cholestérol :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		en g/l : <input type="text"/> ou en mmol/l : <input type="text"/>

**10** **Votre naissance :**  **Votre mère fumait-elle pendant sa grossesse ?** oui  non  ne sait pas

**Etes-vous née prématurément ?** oui  non  ne sait pas

(au moins un mois avant la date prévue de naissance)

**Vous a-t-on dit que vous étiez un bébé de poids :** petit  moyen  gros

**Si possible, indiquez votre poids approximatif :**  kg

**Vous a-t-on dit que vous étiez un bébé de taille :** petite  moyenne  grande

**Si possible, indiquez votre taille approximative :**   cm

**Ces informations proviennent de :** 1- votre mère, 2- un parent, 3- un souvenir précis, 4- un vague souvenir, 5- une supposition. Cocher le numéro adéquat pour l'information sur :

**Votre poids :** (1) (2) (3) (4) (5) **Votre taille :** (1) (2) (3) (4) (5)

**Avez-vous été allaitée au sein ?** oui, mère  oui, nourrice  non  ne sait pas

**11** **Environnement dans votre enfance :**

**Y avait-il un chat ou un chien chez vous durant votre enfance ?** oui  non

Si oui, chat  chien  les 2

**à partir de quel âge :** < 1 an  1 à 2 ans  2 à 5 ans  5 à 16 ans

**Avez-vous vécu dans une ferme pendant au moins 3 mois de suite quand vous étiez enfant ?** oui  non

Si oui : à partir de quel âge : < 1 an  1 à 2 ans  2 à 5 ans  5 à 16 ans

Vos parents étaient-ils fermiers ? oui  non

Y avait-il des animaux ? oui : vaches, cochons, moutons  oui : autres  non

**12** **Asthme :**  
Avez-vous déjà eu... ?

**Des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?** oui  non

**Des crises d'asthme ?** oui  non

Si oui : Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ? oui  non

Avez-vous été traitée pour vos crises ? oui  non

A quel âge avez-vous eu la première crise ?   ans

Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ? oui  non

Quelle a été la fréquence de vos crises dans les 12 derniers mois ?

1 ou + par jour  1 ou + / semaine  1 ou + / mois  moins de 1 / mois

Depuis juillet 2000 ou votre dernière réponse à un questionnaire, avez-vous eu (croix si oui) ?

**13** **Maladie bénigne du sein :**

Adénome – Fibro adénome  Mastodynie

Abcès du sein  Lipome

Maladie fibro-kystique  Mastose

Écoulement non lacté du mamelon  Kyste du sein

Autre  (en clair) .....

**A quelle date ?**  /

Mois / Année

**Était-ce le sein ?** Droit  Gauche  Les 2 seins

**Examens :** Cytoponction  Biopsie  Frottis

**Traitement :** oui  non

Ablation de la lésion  Médicament hormonal

Ablation 1 sein  Médicament autre

Ablation 2 seins  Ne sait plus

**14** **Maladie bénigne de l'utérus ou de l'ovaire :**

Polype(s) utérin(s)

Endométriose

Fibrome utérin

Trouble ou arrêt des règles ayant nécessité un traitement

Kyste de l'ovaire

Autre  (en clair) .....

**A quelle date ?**  /

Mois / Année

**Avez-vous eu une biopsie ?** oui  non

**Traitement :** oui  non

Médicament hormonal  Chirurgie

Médicament autre  Ne sait plus

# MISE A JOUR DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

DEPUIS JUILLET 2000 OU VOTRE DERNIÈRE RÉPONSE À UN QUESTIONNAIRE

## 15 Maladie appareil urinaire ou digestif

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Calculs rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calculs (vésicule, voies biliaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablation vésicule biliaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn/Rectocolite ulcéro-hémorragique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polypes intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticules au côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16 Maladie cœur – circulation

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral, hémorragie cérébrale, "attaque"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17 Maladie voies respiratoires

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 18 Cancer

Merci de nous adresser copie des résultats (comptes-rendus anatomo-pathologiques) en votre possession nous permettant de documenter la pathologie.

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Utérus : ooi <input type="checkbox"/> corps <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sein : droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intestin : côlon <input type="checkbox"/> rectum <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre cancer, (précisez la localisation) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 19 Maladies chroniques

Migraines	<input type="checkbox"/>	Eczéma	<input type="checkbox"/>
Problèmes allergiques	<input type="checkbox"/>	Angines fréquentes	<input type="checkbox"/>

## 20 Autres

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie thyroïdienne bénigne : hyper <input type="checkbox"/> hypo <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> ne sait pas <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"/>
Fracture(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 21 Autre(s) maladie(s) non citée(s)

.....

.....

.....

## 22 Hospitalisation(s), depuis juillet 2000 ou votre dernière réponse à un questionnaire ?

oui  non

Si oui, à quelle date ?

<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"/>

Pour quel motif ?

.....

.....

.....

## 23 Si vous acceptez que le médecin de l'étude E3N contacte vos médecins pour compléments d'informations éventuels, indiquez leurs coordonnées ainsi que, le cas échéant, celles de l'établissement d'hospitalisation.

.....

.....

.....