

1.1 DECOUVERTE: Quelles ont été les circonstances de découverte du cancer du sein?

- Dépistage mammographique
 Palpation par vous-même
 Palpation par le médecin
 Autre (Préciser).....

1.2. TRAITEMENT INITIAL : Quel(s) traitement(s) avez vous eu(s) pour ce cancer du sein?

<input type="checkbox"/> Aucun traitement	Dates de début du traitement (mois/année)		Dates de début du traitement (mois/année)
Chirurgie :		Traitements médicamenteux :	
<input type="checkbox"/> Tumorectomie (ablation de la tumeur)	____ / ____	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	____ / ____
<input type="checkbox"/> Mastectomie (ablation du sein)	____ / ____	<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	____ / ____
<input type="checkbox"/> Exploration des ganglions axillaires		<input type="checkbox"/> Tamoxifène (Nolvadex® ...)	____ / ____
<input type="checkbox"/> uniquement ganglion sentinelle	____ / ____	<input type="checkbox"/> Antiaromatases Anastrozole (Arimidex®), Letrozole (Femara®), Exémestane (Aromazine®)	____ / ____
<input type="checkbox"/> curage (avec ou sans ganglion sentinelle)	____ / ____	<input type="checkbox"/> Analogue de la GnRH (Bigonist®, Decapeptyl®, Eligard®, Enantone®, Gonapeptyl®, Suprefact®, Zoladex®)	____ / ____
<input type="checkbox"/> Ovariectomie (ablation des ovaires)	____ / ____	<input type="checkbox"/> Immunothérapie (Herceptine)	____ / ____
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	____ / ____	<input type="checkbox"/> Autre (merci de préciser).....	____ / ____
<input type="checkbox"/> Curiethérapie	____ / ____	____ / ____

2.1 EVOLUTION EVENTUELLE : en l'absence d'évolution, merci de passer à la question 3.

- Récidive ou nouveau cancer : du même sein de l'autre sein
 Métastase à distance (Préciser la localisation).....

2.2 TRAITEMENT SECONDAIRE : Quel(s) traitement(s) avez vous eu(s) pour cette évolution?

<input type="checkbox"/> Aucun traitement	Dates de début du traitement (mois/année)		Dates de début du traitement (mois/année)
Chirurgie :		Traitements médicamenteux :	
<input type="checkbox"/> Tumorectomie (ablation de la tumeur)	____ / ____	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	____ / ____
<input type="checkbox"/> Mastectomie (ablation du sein)	____ / ____	<input type="checkbox"/> Hormonothérapie	____ / ____
<input type="checkbox"/> Exploration des ganglions axillaires		<input type="checkbox"/> Tamoxifène (Nolvadex® ...)	____ / ____
<input type="checkbox"/> uniquement ganglion sentinelle	____ / ____	<input type="checkbox"/> Antiaromatases Anastrozole (Arimidex®), Letrozole (Femara®), Exémestane (Aromazine®)	____ / ____
<input type="checkbox"/> curage (avec ou sans ganglion sentinelle)	____ / ____	<input type="checkbox"/> Analogue de la GnRH (Bigonist®, Decapeptyl®, Eligard®, Enantone®, Gonapeptyl®, Suprefact®, Zoladex®)	____ / ____
<input type="checkbox"/> Ovariectomie (ablation des ovaires)	____ / ____	<input type="checkbox"/> Immunothérapie (Herceptine)	____ / ____
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	____ / ____	<input type="checkbox"/> Autre (merci de préciser).....	____ / ____
<input type="checkbox"/> Curiethérapie	____ / ____	____ / ____

3. Avez-vous rencontré des effets secondaires sévères du (ou des) traitement(s) de votre cancer ?

Non Oui Si oui, veuillez indiquer les effets secondaires et les dates ci-dessous:

	Date de début (mois/année)	Date de fin (mois/année)	En cours
1	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
2	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/>
3	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	<input type="checkbox"/>

4. Avez-vous eu une chirurgie reconstructrice du sein?

Non Oui

Date de la première intervention :

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

jj mm aa

(Si vous avez eu plusieurs interventions)

Date de la dernière intervention :

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

jj mm aa

Problèmes éventuels :

.....

.....

.....

5. DENSITE MAMMAIRE

Nous nous intéressons aux facteurs susceptibles de modifier la densité mammaire, facteur de risque connu de cancer du sein, appréciée par la mammographie. A cette fin, nous aimerions recevoir plusieurs mammographies faites avant et jusqu'à la découverte du cancer, mammographies que nous vous renverrons le plus vite possible.

Nous souhaitons les transformer en images numériques pour les lire et les classer selon leur densité par un logiciel spécifique.

Voudriez-vous nous indiquer :

- 1) Si vous acceptez de nous envoyer (contre remboursement des frais postaux) les clichés mammographiques qui sont en votre possession, lorsque nous aurons mis en place la procédure, c'est-à-dire d'ici quelques semaines

Oui, j'accepte Non, je refuse, inutile de me contacter Je ne possède pas de mammographie

- 2) Combien de mammographies avez-vous eues avant le diagnostic de cancer? |_|_|_|
(qu'il s'agisse du sein droit, gauche ou les deux, et quel que soit le nombre de clichés)?

- 3) Quelle est la date de la première mammographie |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|
(approximativement) jj mm aa

- 4) Combien sont en votre possession? |_|_|_|

- 5) Taille approximative du cliché le plus grand |_|_|_| cm par |_|_|_| cm

DATE DE VOTRE REPONSE |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|

jj mm aa

6. FAIRE FACE

Nous nous intéressons à la façon dont vous avez fait face à la maladie. Certaines questions pourront vous paraître inadaptées ou redondantes. Sachez que nous utilisons un questionnaire général, non spécifique au cancer, développé pour évaluer la façon dont les personnes répondent lorsqu'elles sont confrontées aux événements difficiles ou stressants dans leur vie. De plus, nous ne pouvons changer la formulation des questions (il s'agit en effet d'un questionnaire validé tel quel par des psychologues).

Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me suis battue pour ce que je voulais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai changé positivement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me suis sentie mal de ne pouvoir éviter le problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai pris les choses une par une	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je me suis concentrée sur un aspect positif qui pourrait apparaître après	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me suis culpabilisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je suis sortie plus forte de cette situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai parlé avec quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'ai essayé de tout oublier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. J'ai essayé de ne pas m'isoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je me suis critiquée ou sermonnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. SOUTIEN SOCIAL PERÇU

Les questions concernent les personnes de votre environnement qui vous ont procuré une aide ou un soutien lorsque vous avez dû faire face à la maladie. Nous utilisons pour estimer ce soutien un questionnaire existant, validé par des psychologues; de ce fait, nous ne devons pas changer la formulation des questions. Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions.

Merci d'énumérer toutes les personnes (à l'exception de vous-même) et de donner les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle :
 F (famille) A (amis) C (collègues, connaissances, voisins) M (médecins, psychologues, professionnels de santé). A chaque numéro doit correspondre une seule personne. Ne citez pas plus de 9 personnes par question.

Si par exemple vous pouvez compter sur votre fils (Pierre Dupond) votre voisine (Isabelle Martin) votre médecin (Dr Duval)				vous inscrivez : (1) PD / F (2) IM / C (3) DD / M			Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?								
							Très insatisfaite	Insatisfaite	Plutôt insatisfaite	Plutôt satisfaite	Satisfaite	Très satisfaite			
1. Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide?															
<input type="checkbox"/> Aucune Personne	(1)/.....	(2)/.....	(3)/.....	(4)/.....	(5)/.....	(6)/.....	(7)/.....	(8)/.....	(9)/.....	<input type="checkbox"/>					
2. En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendue lorsque vous êtes sous pression ou crispée ?															
<input type="checkbox"/> Aucune Personne	(1)/.....	(2)/.....	(3)/.....	(4)/.....	(5)/.....	(6)/.....	(7)/.....	(8)/.....	(9)/.....	<input type="checkbox"/>					
3. Qui vous accepte telle que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés ?															
<input type="checkbox"/> Aucune Personne	(1)/.....	(2)/.....	(3)/.....	(4)/.....	(5)/.....	(6)/.....	(7)/.....	(8)/.....	(9)/.....	<input type="checkbox"/>					
4. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoi qu'il arrive?															
<input type="checkbox"/> Aucune Personne	(1)/.....	(2)/.....	(3)/.....	(4)/.....	(5)/.....	(6)/.....	(7)/.....	(8)/.....	(9)/.....	<input type="checkbox"/>					
5. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir?															
<input type="checkbox"/> Aucune Personne	(1)/.....	(2)/.....	(3)/.....	(4)/.....	(5)/.....	(6)/.....	(7)/.....	(8)/.....	(9)/.....	<input type="checkbox"/>					
6. Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversée ?															
<input type="checkbox"/> Aucune Personne	(1)/.....	(2)/.....	(3)/.....	(4)/.....	(5)/.....	(6)/.....	(7)/.....	(8)/.....	(9)/.....	<input type="checkbox"/>					

8. CONTACT MEDECIN

Si vous acceptez qu'un 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 :

.....

.....

.....

.....

Vous êtes arrivées à la fin de ce questionnaire. Veuillez nous le renvoyer dans l'enveloppe ci-joint.

Nous vous remercions vivement pour votre collaboration.