

Ce questionnaire concerne votre 1^{er} enfant

Sa date de naissance (mois/année) : |__|_|/|1|9|_|_|

Evénements survenus pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement

1. Pendant la grossesse, avez-vous eu ?

- a. Pertes de sang Oui Non Ne sait plus
si oui, à quel trimestre ?
 1^{er} trimestre 2^{ème} 3^{ème} Ne sait plus
- b. Menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par des médicaments
 Oui Non Ne sait plus
- c. Hypertension artérielle sévère nécessitant une hospitalisation
 Oui Non Ne sait plus
- d. Traitement hormonal au cours de cette grossesse
 Oui, Progestatifs Distilbène® Autres Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus

2. La naissance s'est-elle effectuée par :

- a. Césarienne
 Oui, était-elle programmée ? Oui Non Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus
- b. Naissance par le siège Oui Non Ne sait plus
- c. Extraction instrumentale (forceps...)
 Oui Non Ne sait plus

3. La naissance était-elle à terme ?

- Oui
 Non, il(elle) est né(e) en avance, de |__|_| semaines
 Non, il(elle) est né(e) en retard, de |__| semaines
 Ne sait plus

4. Quel était son poids à la naissance ? |__| kg, |__|_|_| g Ne sait plus

5. Après l'accouchement :

- a. Le bébé a dû être réanimé à la naissance : Oui Non Ne sait plus
- b. Le bébé est allé en couveuse Oui pendant |__|_|_| jours
 Non Ne sait plus

Ce questionnaire concerne votre 1^{er} enfant

Evénements de santé de votre enfant depuis sa naissance à ce jour

6. Votre enfant a-t-il, à votre connaissance, depuis sa naissance et jusqu'à ce jour, consulté au moins une fois l'un des spécialistes suivants ?

	Oui	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} consultation	Si ceci a donné lieu à une hospitalisation, précisez si possible le motif exact	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} hospitalisation
Cardiologue	<input type="checkbox"/>		
Pneumologue	<input type="checkbox"/>		
Rhumatologue	<input type="checkbox"/>		
Dermatologue	<input type="checkbox"/>		
Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/>		
Gynéco-obstétricien	<input type="checkbox"/>		
Urologue	<input type="checkbox"/>		
Néphrologue	<input type="checkbox"/>		
Neurologue	<input type="checkbox"/>		
Psychiatre	<input type="checkbox"/>		
Psychologue	<input type="checkbox"/>		
Diabétologue	<input type="checkbox"/>		
Endocrinologue	<input type="checkbox"/>		
Cancérologue	<input type="checkbox"/>		
Hématologue (Maladie du sang)	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>		

* Indiquer l'âge en année ; pour les événements qui se seraient déroulés avant 12 mois, inscrire |_/_|0|.

Si vous n'êtes pas en contact avec votre enfant depuis l'adolescence ou s'il est décédé avant cette période, les questions 7 à 10 sont sans objet, veuillez passer à la question 11.

Ce questionnaire concerne votre 1^{er} enfant

Vie adulte de votre enfant

7. Quel niveau d'étude a-t-il atteint ? (cochez le niveau ou l'équivalent)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificat d'étude | <input type="checkbox"/> Bac +2, DEUG-BTS |
| <input type="checkbox"/> CAP ou BEP | <input type="checkbox"/> Bac+3 ou +4, Licence-Maîtrise |
| <input type="checkbox"/> BEPC | <input type="checkbox"/> Bac + 5 et au-delà |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> autre |

8. Quelle est son histoire familiale ? Vous noterez dans l'ordre, en indiquant

- 1 – célibataire ;
- 2 - marié(e) ou vit maritalement ;
- 3 - divorcé(e) ou séparé(e) ;
- 4 - veuf(ve) ;
- 5 - ne sait pas.

votre réponse : 1 puis puis puis puis puis puis

1 « célibataire » correspondant naturellement à sa première situation familiale,

9. A-t-il(elle) eu des enfants ?

- Oui si oui, veuillez préciser combien
- Non
- Ne sait pas

10. Votre enfant a-t-il(elle) rencontré des problèmes pour avoir un enfant ?

- Oui ; étaient-ils liés : à lui-même , à son partenaire , Ne sait pas
- Non
- Ne sait pas
- Question sans objet (enfant trop jeune, pas de projet familial etc.)

Si votre enfant est une fille, a-t-elle fait des fausses couches ou perdu un enfant avant la fin de la grossesse ?

- Oui ; veuillez préciser combien
- Non
- Ne sait pas

Ce questionnaire concerne votre 1^{er} enfant

Actuellement

11. Etes-vous en contact avec l'enfant ?

- Oui
- Non, je l'ai perdu de vue
- Non, il est décédé, merci de nous indiquer

a. Date du décès |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

b. Cause du décès :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Infection | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladie du sang |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Maladie neurologique |
| <input type="checkbox"/> Drogue | <input type="checkbox"/> Suicide | <input type="checkbox"/> Maladie génétique |
| <input type="checkbox"/> Malformation | <input type="checkbox"/> Cause inconnue ou ne sait pas | |
| <input type="checkbox"/> Autre cause | | |

(merci de préciser)

Ce questionnaire concerne votre 2^{ème} enfant

Sa date de naissance (mois/année) : |_|_|/|_1_|_9_|_|_|

Evénements survenus pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement

12. Pendant la grossesse, avez-vous eu ?

- a. Pertes de sang Oui Non Ne sait plus
si oui, à quel trimestre ?
 1^{er} trimestre 2^{ème} 3^{ème} Ne sait plus
- b. Menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par des médicaments
 Oui Non Ne sait plus
- c. Hypertension artérielle sévère nécessitant une hospitalisation
 Oui Non Ne sait plus
- d. Traitement hormonal au cours de cette grossesse
 Oui, Progestatifs Distilbène[®] Autres Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus

13. La naissance s'est-elle effectuée par :

- a. Césarienne
 Oui, était-elle programmée ? Oui Non Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus
- b. Naissance par le siège Oui Non Ne sait plus
- c. Extraction instrumentale (forceps...) Oui Non Ne sait plus

14. La naissance était-elle à terme ?

- Oui
 Non, il(elle) est né(e) en avance, de |_|_| semaines
 Non, il(elle) est né(e) en retard, de |_| semaines
 Ne sait plus

15. Quel était son poids à la naissance ? |_| kg, |_|_|_| g Ne sait plus

16. Après l'accouchement :

- a. Le bébé a dû être réanimé à la naissance : Oui Non Ne sait plus
- b. Le bébé est allé en couveuse Oui pendant |_|_|_| jours
 Non Ne sait plus

Ce questionnaire concerne votre 2^{ème} enfant

Evénements de santé de votre enfant depuis sa naissance à ce jour

17. Votre enfant a-t-il, à votre connaissance, depuis sa naissance et jusqu'à ce jour, consulté au moins une fois l'un des spécialistes suivants ?

	Oui	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} consultation	Si ceci a donné lieu à une hospitalisation, précisez si possible le motif exact	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} hospitalisation
Cardiologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Pneumologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Rhumatologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Dermatologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Gynéco-obstétricien	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Urologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Néphrologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Neurologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Psychiatre	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Psychologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Diabétologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Endocrinologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Cancérologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Hématologue (Maladie du sang)	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Autre	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __

* Indiquer l'âge en année ; pour les événements qui se seraient déroulés avant 12 mois, inscrire /__/0|.

Si vous n'êtes pas en contact avec votre enfant depuis l'adolescence ou s'il est décédé avant cette période, les questions 7 à 10 sont sans objet, veuillez passer à la question 11.

Ce questionnaire concerne votre 2^{ème} enfant

Vie adulte de votre enfant

18. Quel niveau d'étude a-t-il atteint ? (cochez le niveau ou l'équivalent)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificat d'étude | <input type="checkbox"/> Bac +2, DEUG-BTS |
| <input type="checkbox"/> CAP ou BEP | <input type="checkbox"/> Bac+3 ou +4, Licence-Maîtrise |
| <input type="checkbox"/> BEPC | <input type="checkbox"/> Bac + 5 et au-delà |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> autre |

19. Quelle est son histoire familiale ? Vous noterez dans l'ordre, en indiquant

- 1 – célibataire ;
- 2 - marié(e) ou vit maritalement ;
- 3 - divorcé(e) ou séparé(e) ;
- 4 - veuf(ve) ;
- 5 - ne sait pas.

votre réponse : 1 puis puis puis puis puis puis

1 « célibataire » correspondant naturellement à sa première situation familiale,

20. A-t-il(elle) eu des enfants ?

- Oui si oui, veuillez préciser combien
- Non
- Ne sait pas

21. Votre enfant a-t-il(elle) rencontré des problèmes pour avoir un enfant ?

- Oui ; étaient-ils liés : à lui-même , à son partenaire , Ne sait pas
- Non
- Ne sait pas
- Question sans objet (enfant trop jeune, pas de projet familial etc.)

Si votre enfant est une fille, a-t-elle fait des fausses couches ou perdu un enfant avant la fin de la grossesse ?

- Oui ; veuillez préciser combien Non Ne sait pas

Ce questionnaire concerne votre 2^{ème} enfant

Actuellement

22. Etes-vous en contact avec l'enfant ?

- Oui
- Non, je l'ai perdu de vue
- Non, il est décédé, merci de nous indiquer

a. Date du décès |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

b. Cause du décès :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Infection | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladie du sang |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Maladie neurologique |
| <input type="checkbox"/> Drogue | <input type="checkbox"/> Suicide | <input type="checkbox"/> Maladie génétique |
| <input type="checkbox"/> Malformation | <input type="checkbox"/> Cause inconnue ou ne sait pas | |
| <input type="checkbox"/> Autre cause | | |

(merci de préciser)

Ce questionnaire concerne votre 3^{ème} enfant

Sa date de naissance (mois/année) : |__|_|/|1|9|_|_|

Evénements survenus pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement

23. Pendant la grossesse, avez-vous eu ?

- a. Pertes de sang Oui Non Ne sait plus
si oui, à quel trimestre ?
 1^{er} trimestre 2^{ème} 3^{ème} Ne sait plus
- b. Menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par des médicaments
 Oui Non Ne sait plus
- c. Hypertension artérielle sévère nécessitant une hospitalisation
 Oui Non Ne sait plus
- d. Traitement hormonal au cours de cette grossesse
 Oui, Progestatifs Distilbène® Autres Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus

24. La naissance s'est-elle effectuée par :

- a. Césarienne
 Oui, était-elle programmée ? Oui Non Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus
- b. Naissance par le siège Oui Non Ne sait plus
- c. Extraction instrumentale (forceps...) Oui Non Ne sait plus

25. La naissance était-elle à terme ?

- Oui
 Non, il(elle) est né(e) en avance, de |__|_| semaines
 Non, il(elle) est né(e) en retard, de |__| semaines
 Ne sait plus

26. Quel était son poids à la naissance ? |__| kg, |__|_|_| g Ne sait plus

27. Après l'accouchement :

- a. Le bébé a dû être réanimé à la naissance : Oui Non Ne sait plus
- b. Le bébé est allé en couveuse Oui pendant |__|_|_| jours
 Non Ne sait plus

Ce questionnaire concerne votre 3^{ème} enfant

Evénements de santé de votre enfant depuis sa naissance à ce jour

28. Votre enfant a-t-il, à votre connaissance, depuis sa naissance et jusqu'à ce jour, consulté au moins une fois l'un des spécialistes suivants ?

	Oui	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} consultation	Si ceci a donné lieu à une hospitalisation, précisez si possible le motif exact	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} hospitalisation
Cardiologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Pneumologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Rhumatologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Dermatologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Gynéco-obstétricien	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Urologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Néphrologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Neurologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Psychiatre	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Psychologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Diabétologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Endocrinologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Cancérologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Hématologue (Maladie du sang)	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Autre	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __

* Indiquer l'âge en année ; pour les événements qui se seraient déroulés avant 12 mois, inscrire /__/_0/.

Si vous n'êtes pas en contact avec votre enfant depuis l'adolescence ou s'il est décédé avant cette période, les questions 7 à 10 sont sans objet, veuillez passer à la question 11.

Ce questionnaire concerne votre 3^{ème} enfant

Vie adulte de votre enfant

29. Quel niveau d'étude a-t-il atteint ? (cochez le niveau ou l'équivalent)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificat d'étude | <input type="checkbox"/> Bac +2, DEUG-BTS |
| <input type="checkbox"/> CAP ou BEP | <input type="checkbox"/> Bac+3 ou +4, Licence-Maîtrise |
| <input type="checkbox"/> BEPC | <input type="checkbox"/> Bac + 5 et au-delà |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> autre |

30. Quelle est son histoire familiale ? Vous noterez dans l'ordre, en indiquant

- 1 – célibataire ;
- 2 - marié(e) ou vit maritalement ;
- 3 - divorcé(e) ou séparé(e) ;
- 4 - veuf(ve) ;
- 5 - ne sait pas.

votre réponse : 1 puis puis puis puis puis puis

1 « célibataire » correspondant naturellement à sa première situation familiale,

31. A-t-il(elle) eu des enfants ?

- Oui si oui, veuillez préciser combien
- Non
- Ne sait pas

32. Votre enfant a-t-il(elle) rencontré des problèmes pour avoir un enfant ?

- Oui ; étaient-ils liés : à lui-même , à son partenaire , Ne sait pas
- Non
- Ne sait pas
- Question sans objet (enfant trop jeune, pas de projet familial etc.)

Si votre enfant est une fille, a-t-elle fait des fausses couches ou perdu un enfant avant la fin de la grossesse ?

- Oui ; veuillez préciser combien Non Ne sait pas

Ce questionnaire concerne votre 3^{ème} enfant

Actuellement

33. Etes-vous en contact avec l'enfant ?

- Oui
- Non, je l'ai perdu de vue
- Non, il est décédé, merci de nous indiquer

a. Date du décès |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

b. Cause du décès :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Infection | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladie du sang |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Maladie neurologique |
| <input type="checkbox"/> Drogue | <input type="checkbox"/> Suicide | <input type="checkbox"/> Maladie génétique |
| <input type="checkbox"/> Malformation | <input type="checkbox"/> Cause inconnue ou ne sait pas | |
| <input type="checkbox"/> Autre cause | | |

(merci de préciser)

Ce questionnaire concerne votre 4^{ème} enfant

Sa date de naissance (mois/année) : |__|_|/|1|9|_|_|

Evénements survenus pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement

34. Pendant la grossesse, avez-vous eu ?

- a. Pertes de sang Oui Non Ne sait plus
si oui, à quel trimestre ?
 1^{er} trimestre 2^{ème} 3^{ème} Ne sait plus
- b. Menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par des médicaments
 Oui Non Ne sait plus
- c. Hypertension artérielle sévère nécessitant une hospitalisation
 Oui Non Ne sait plus
- d. Traitement hormonal au cours de cette grossesse
 Oui, Progestatifs Distilbène® Autres Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus

35. La naissance s'est-elle effectuée par :

- a. Césarienne
 Oui, était-elle programmée ? Oui Non Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus
- b. Naissance par le siège Oui Non Ne sait plus
- c. Extraction instrumentale (forceps...) Oui Non Ne sait plus

36. La naissance était-elle à terme ?

- Oui
 Non, il(elle) est né(e) en avance, de |__|_| semaines
 Non, il(elle) est né(e) en retard, de |__| semaines
 Ne sait plus

37. Quel était son poids à la naissance ? |__| kg, |__|_|_| g Ne sait plus

38. Après l'accouchement :

- a. Le bébé a dû être réanimé à la naissance : Oui Non Ne sait plus
- b. Le bébé est allé en couveuse Oui pendant |__|_|_| jours
 Non Ne sait plus

Ce questionnaire concerne votre 4^{ème} enfant

Evénements de santé de votre enfant depuis sa naissance à ce jour

39. Votre enfant a-t-il, à votre connaissance, depuis sa naissance et jusqu'à ce jour, consulté au moins une fois l'un des spécialistes suivants ?

	Oui	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} consultation	Si ceci a donné lieu à une hospitalisation, précisez si possible le motif exact	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} hospitalisation
Cardiologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Pneumologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Rhumatologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Dermatologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Gynéco-obstétricien	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Urologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Néphrologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Neurologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Psychiatre	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Psychologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Diabétologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Endocrinologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Cancérologue	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Hématologue (Maladie du sang)	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __
Autre	<input type="checkbox"/>	__ __	__ __

* Indiquer l'âge en année ; pour les événements qui se seraient déroulés avant 12 mois, inscrire /__/_0/.

Si vous n'êtes pas en contact avec votre enfant depuis l'adolescence ou s'il est décédé avant cette période, les questions 7 à 10 sont sans objet, veuillez passer à la question 11.

Ce questionnaire concerne votre 4^{ème} enfant

Vie adulte de votre enfant

40. Quel niveau d'étude a-t-il atteint ? (cochez le niveau ou l'équivalent)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificat d'étude | <input type="checkbox"/> Bac +2, DEUG-BTS |
| <input type="checkbox"/> CAP ou BEP | <input type="checkbox"/> Bac+3 ou +4, Licence-Maîtrise |
| <input type="checkbox"/> BEPC | <input type="checkbox"/> Bac + 5 et au-delà |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> autre |

41. Quelle est son histoire familiale ? Vous noterez dans l'ordre, en indiquant

- 1 – célibataire ;
- 2 - marié(e) ou vit maritalement ;
- 3 - divorcé(e) ou séparé(e) ;
- 4 - veuf(ve) ;
- 5 - ne sait pas.

votre réponse : puis puis puis puis puis puis

1 « célibataire » correspondant naturellement à sa première situation familiale,

42. A-t-il(elle) eu des enfants ?

- Oui si oui, veuillez préciser combien
- Non
- Ne sait pas

43. Votre enfant a-t-il(elle) rencontré des problèmes pour avoir un enfant ?

- Oui ; étaient-ils liés : à lui-même , à son partenaire , Ne sait pas
- Non
- Ne sait pas
- Question sans objet (enfant trop jeune, pas de projet familial etc.)

Si votre enfant est une fille, a-t-elle fait des fausses couches ou perdu un enfant avant la fin de la grossesse ?

- Oui ; veuillez préciser combien Non Ne sait pas

Ce questionnaire concerne votre 4^{ème} enfant

Actuellement

44. Etes-vous en contact avec l'enfant ?

- Oui
- Non, je l'ai perdu de vue
- Non, il est décédé, merci de nous indiquer

a. Date du décès |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

b. Cause du décès :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Infection | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladie du sang |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Maladie neurologique |
| <input type="checkbox"/> Drogue | <input type="checkbox"/> Suicide | <input type="checkbox"/> Maladie génétique |
| <input type="checkbox"/> Malformation | <input type="checkbox"/> Cause inconnue ou ne sait pas | |
| <input type="checkbox"/> Autre cause | | |

(merci de préciser)

Ce questionnaire concerne votre 5^{ème} enfant

Sa date de naissance (mois/année) : |__|_|/|1|9|_|_|

Evénements survenus pendant la grossesse ou au moment de l'accouchement

45. Pendant la grossesse, avez-vous eu ?

- a. Pertes de sang Oui Non Ne sait plus
si oui, à quel trimestre ?
 1^{er} trimestre 2^{ème} 3^{ème} Ne sait plus
- b. Menace d'accouchement prématuré nécessitant un traitement par des médicaments
 Oui Non Ne sait plus
- c. Hypertension artérielle sévère nécessitant une hospitalisation
 Oui Non Ne sait plus
- d. Traitement hormonal au cours de cette grossesse
 Oui, Progestatifs Distilbène® Autres Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus

46. La naissance s'est-elle effectuée par :

- a. Césarienne
 Oui, était-elle programmée ? Oui Non Ne sait plus
 Non
 Ne sait plus
- b. Naissance par le siège Oui Non Ne sait plus
- c. Extraction instrumentale (forceps...) Oui Non Ne sait plus

47. La naissance était-elle à terme ?

- Oui
 Non, il(elle) est né(e) en avance, de |__|_| semaines
 Non, il(elle) est né(e) en retard, de |__| semaines
 Ne sait plus

48. Quel était son poids à la naissance ? |__| kg, |__|_|_| g Ne sait plus

49. Après l'accouchement :

- a. Le bébé a dû être réanimé à la naissance : Oui Non Ne sait plus
- b. Le bébé est allé en couveuse Oui pendant |__|_|_| jours
 Non Ne sait plus

Ce questionnaire concerne votre 5^{ème} enfant

Evénements de santé de votre enfant depuis sa naissance à ce jour

50. Votre enfant a-t-il, à votre connaissance, depuis sa naissance et jusqu'à ce jour, consulté au moins une fois l'un des spécialistes suivants ?

	Oui	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} consultation	Si ceci a donné lieu à une hospitalisation, précisez si possible le motif exact	Si oui, âge ^(*) lors de la 1 ^{ère} hospitalisation
Cardiologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Pneumologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Rhumatologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Dermatologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Gynéco-obstétricien	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Urologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Néphrologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Neurologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Psychiatre	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Psychologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Diabétologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Endocrinologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Cancérologue	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Hématologue (Maladie du sang)	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _
Autre	<input type="checkbox"/>	__ _	__ _

* Indiquer l'âge en année ; pour les événements qui se seraient déroulés avant 12 mois, inscrire |_/0|.

Si vous n'êtes pas en contact avec votre enfant depuis l'adolescence ou s'il est décédé avant cette période, les questions 7 à 10 sont sans objet, veuillez passer à la question 11.

Ce questionnaire concerne votre 5^{ème} enfant

Vie adulte de votre enfant

51. Quel niveau d'étude a-t-il atteint ? (cochez le niveau ou l'équivalent)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Certificat d'étude | <input type="checkbox"/> Bac +2, DEUG-BTS |
| <input type="checkbox"/> CAP ou BEP | <input type="checkbox"/> Bac+3 ou +4, Licence-Maîtrise |
| <input type="checkbox"/> BEPC | <input type="checkbox"/> Bac + 5 et au-delà |
| <input type="checkbox"/> Baccalauréat | <input type="checkbox"/> autre |

52. Quelle est son histoire familiale ? Vous noterez dans l'ordre, en indiquant

- 1 – célibataire ;
- 2 - marié(e) ou vit maritalement ;
- 3 - divorcé(e) ou séparé(e) ;
- 4 - veuf(ve) ;
- 5 - ne sait pas.

votre réponse : puis puis puis puis puis puis

1 « célibataire » correspondant naturellement à sa première situation familiale,

53. A-t-il(elle) eu des enfants ?

- Oui si oui, veuillez préciser combien
- Non
- Ne sait pas

54. Votre enfant a-t-il(elle) rencontré des problèmes pour avoir un enfant ?

- Oui ; étaient-ils liés : à lui-même , à son partenaire , Ne sait pas
- Non
- Ne sait pas
- Question sans objet (enfant trop jeune, pas de projet familial etc.)

Si votre enfant est une fille, a-t-elle fait des fausses couches ou perdu un enfant avant la fin de la grossesse ?

- Oui ; veuillez préciser combien Non Ne sait pas

Ce questionnaire concerne votre 5^{ème} enfant

Actuellement

55. Etes-vous en contact avec l'enfant ?

- Oui
- Non, je l'ai perdu de vue
- Non, il est décédé, merci de nous indiquer

a. Date du décès |__|_| / |__|_| / |__|_|_|_|

b. Cause du décès :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Infection | <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladie du sang |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Maladie neurologique |
| <input type="checkbox"/> Drogue | <input type="checkbox"/> Suicide | <input type="checkbox"/> Maladie génétique |
| <input type="checkbox"/> Malformation | <input type="checkbox"/> Cause inconnue ou ne sait pas | |
| <input type="checkbox"/> Autre cause | | |

(merci de préciser)

La question suivante porte sur les événements de santé de votre propre famille (famille maternelle de votre enfant)

12. Certaines personnes ont-elles été **hospitalisées** au moins une fois pour l'un des motifs suivants?

	vous- même	vous- mère	vous- père	vous frères/sœurs ^(*)	vous neveux/nièces ^(*)	vous petits- fils ^(*)	vous petites- filles ^(*)
Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Ostéo-articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Consommation de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Infectieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _
Accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _	_ _	_ _

(*) Indiquez le nombre de personnes hospitalisées pour le motif indiqué, qu'elles soient vivantes ou décédées

Nous nous intéressons maintenant à la famille du père biologique de votre (vos) enfants (liens de sang uniquement, et non d'adoption ou de fécondation par don de sperme).

Si vos enfants sont de pères différents merci de nous l'indiquer en commentaire ci-dessous.

13. Certaines personnes ont-elles été hospitalisées au moins une fois pour un des motifs suivants?

	son père	sa grand-mère paternelle	son grand-père paternel	ses oncles et tantes(*) du côté de son père	ses cousin(e)s germain(e)s(*) du côté de son père
Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Ostéo-articulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Dermatologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Gynécologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Consommation de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Infectieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Cancéreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Maladie du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _
Accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _	_ _

(*) Indiquez le nombre de personnes hospitalisées pour le motif indiqué, qu'elles soient vivantes ou décédées

Commentaire :

.....

.....

.....

.....