



QSACS

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	Date de début du traitement (mois/année)		Date 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 bilatérale (ablation des 2 ovaires)	___/___/___	<input type="checkbox"/> Anti-HER2 (Herceptine...)	___/___/___
<input type="checkbox"/> Radiothérapie	___/___/___	<input type="checkbox"/> Autre (merci de préciser)	___/___/___
<input type="checkbox"/> Curiethérapie	___/___/___	

1.3 MESURES ANTHROPOMETRIQUES

- Quel était votre poids avant le diagnostic de votre cancer ? kg
 Quelle a été votre variation de poids dans l'année suivant ce diagnostic ?
 Moins d'un kilo de variation
 Prise de poids : kg
 Perte de poids : kg
 Quel a été votre poids maximal depuis le diagnostic de ce cancer ? kg
 En quelle année a-t-il été atteint ? ___/___/___
 Quel a été votre poids minimal depuis le diagnostic de ce cancer ? kg
 En quelle année a-t-il été atteint ? ___/___/___

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
 cancer d'une autre localisation (préciser) :
 A quelle date ? ___/___/___
 Métastase à distance (préciser la localisation) :
 A quelle date ? ___/___/___

2.2 En cas de récurrence, nouveau cancer ou métastase, quel(s) traitement(s) avez-vous eu(s) ?

<input type="checkbox"/> Aucun traitement	Date de début du traitement (mois/année)		Date 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 bilatérale (ablation des 2 ovaires)	____/____	<input type="checkbox"/> Anti-HER2 (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/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

Si oui, merci de préciser : - la date de l'intervention : ____/____

- le lieu de l'hospitalisation :

- la marque de la prothèse mammaire :

Vous a-t-on enlevé cette/ces prothèse(s) ? Non Oui

Si oui, précisez la date de cette intervention : ____/____

Problèmes éventuels que vous souhaitez signaler :

5. Nom et adresse de vos médecins et/ou établissement d'hospitalisation

Afin que les médecins de l'étude E3N puissent éventuellement les contacter pour obtenir un complément d'information.

6. Date de votre réponse : ____/____/____
jj mm aaaa

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

Nous vous remercions vivement pour votre précieuse collaboration.