



Votre état de santé				
Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est :				
excellente <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	médiocre <input type="checkbox"/>	mauvaise <input type="checkbox"/>
Vous sentez-vous pleine d'énergie ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

### Mise à jour de votre état de santé

Merci d'indiquer les dates des nouveaux diagnostics établis depuis votre dernier questionnaire E3N

Maladies cardiovasculaires	Cochez si oui	Mois	Année
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Intervention pour :	pontage <input type="checkbox"/>	stent <input type="checkbox"/>	angioplastie <input type="checkbox"/>
Fibrillation auriculaire :	par crise(s) <input type="checkbox"/>	permanente <input type="checkbox"/>	
Si oui, pose d'un « <span> </span> pace maker <span> </span> » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hypertension artérielle ayant nécessité un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hypercholestérolémie ayant nécessité un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Phlébite profonde (pas les phlébites superficielles) / Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artérite des membres inférieurs traitée par :	pontage <input type="checkbox"/>	amputation <input type="checkbox"/>	

Maladies neurologiques et neurovasculaires	Cochez si oui	Mois	Année
Migraine :	avec aura <input type="checkbox"/>	sans aura <input type="checkbox"/>	autres maux de tête chroniques <input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (AVC) / hémorragie cérébrale / « <span> </span> attaque <span> </span> »	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si oui, s'agissait-il d'un accident ischémique transitoire (AIT) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Troubles de la mémoire ayant nécessité consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre maladie neurologique, précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dépression, troubles psychologiques ayant nécessité un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Maladies endocriniennes	Cochez si oui	Mois	Année
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si oui, traité par :	insuline <input type="checkbox"/>	metformine <input type="checkbox"/>	autre médicament <input type="checkbox"/>
	régime alimentaire seul <input type="checkbox"/>		
Maladie thyroïdienne bénigne	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si oui :	hyperthyroïdie <input type="checkbox"/>	hypothyroïdie <input type="checkbox"/>	nodule <input type="checkbox"/>
	goitre <input type="checkbox"/>		

Maladies de la peau	Cochez si oui	Mois	Année
Ulcères, plaies chroniques :	jambe(s) <input type="checkbox"/>	pied(s) <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>

Q11-2

Maladies de l'appareil digestif	Cochez si oui	Mois	Année
Ablation de la vésicule biliaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sigmoïdite diverticulaire traitée par :	chirurgie <input type="checkbox"/>	antibiotiques <input type="checkbox"/>	
Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si oui :	virale <input type="checkbox"/>	liée au diabète ou au surpoids <input type="checkbox"/>	liée à l'alcool <input type="checkbox"/>
	médicamenteuse <input type="checkbox"/>	autre cause : .....	

Problèmes uro-gynécologiques	Cochez si oui	Mois	Année
Insuffisance rénale / créatinine (ou urée sanguine anormale)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ablation :	de l'utérus <input type="checkbox"/>	d'un ovaire <input type="checkbox"/>	des deux ovaires <input type="checkbox"/>
Opération pour incontinence urinaire (bandelette TVT ou TOT)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opération pour prolapsus (avec ou sans geste urinaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?			
	jamais <input type="checkbox"/>	1 fois par semaine au maximum <input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/>
	environ 1 fois par jour <input type="checkbox"/>	plusieurs fois par jour <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>
Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ?			
	nulle <input type="checkbox"/>	une petite quantité <input type="checkbox"/>	une quantité moyenne <input type="checkbox"/>
	une grande quantité <input type="checkbox"/>		
A quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? (cochez 1 chiffre)			
(pas du tout)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
	<b>9</b>	<b>10</b>	(vraiment beaucoup)
Quand avez-vous des pertes d'urine ? (plusieurs réponses possibles)			
	jamais <input type="checkbox"/>	avant de pouvoir arriver aux toilettes <input type="checkbox"/>	quand vous toussiez ou éternuez <input type="checkbox"/>
	quand vous dormez <input type="checkbox"/>	quand vous avez une activité physique <input type="checkbox"/>	
	sans cause apparente <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>	

Maladies musculo-squelettiques	Cochez si oui	Mois	Année
Fracture(s) :	poignet <input type="checkbox"/>	col du fémur <input type="checkbox"/>	vertèbres <input type="checkbox"/>
	autre <input type="checkbox"/>		
Si oui, indiquez la date (en cas de plusieurs fractures, indiquez la plus récente)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pseudo polyarthrite rhizomélique / Maladie de Horton	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Problème articulaire gênant la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Si oui :	polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/>	spondylarthrite ankylosante <input type="checkbox"/>	arthrose <input type="checkbox"/>
	autre <input type="checkbox"/>		

Maladies des voies respiratoires	Cochez si oui	Mois	Année
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q11-3

<b>Problèmes oculaires</b>	oeil droit	Année	oeil gauche	Année
Cataracte (année de diagnostic)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cataracte (année d'intervention)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Glaucome ou hypertension oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Dégénérescence maculaire (DMLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Perte définitive de vision	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autre problème oculaire, précisez : .....			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Actuellement, pouvez-vous lire clairement les caractères d'imprimerie d'un journal, avec, si besoin, vos lunettes ou vos lentilles ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Actuellement, pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 4 mètres de vous, avec, si besoin, vos lunettes ou vos lentilles ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	

### Problèmes bucco-dentaires

Pouvez-vous mordre et mâcher des aliments durs (une pomme, par exemple) sans difficulté (avec, si besoin, votre appareil dentaire) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Combien de dents vous manque-t-il (non remplacées par un dentier ou un bridge) ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Depuis votre dernier questionnaire, avez-vous souffert des problèmes suivants :	oui	non
- Gingivite / saignements des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sécheresse dans la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Caries / dents cassées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Déchaussement / parodontite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, la parodontite a-t-elle été traitée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Vos capacités auditives

Vous considérez que vos capacités auditives actuelles sont :					
- sans appareil auditif :	bonnes <input type="checkbox"/>	moyennes <input type="checkbox"/>	mauvaises <input type="checkbox"/>		
- avec un appareil auditif :	bonnes <input type="checkbox"/>	moyennes <input type="checkbox"/>	mauvaises <input type="checkbox"/>	je n'en ai pas <input type="checkbox"/>	
Depuis le dernier questionnaire, avez-vous souffert d'acouphènes, de bourdonnements et/ou de sifflements d'oreilles (pendant au moins 2 mois) ?				oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui :	êtes-vous gênée par ces problèmes ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	êtes-vous (ou avez-vous été) traitée pour ces problèmes ?			oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

### Examens pratiqués (depuis votre dernier questionnaire E3N)

Avez-vous fait une ostéodensitométrie ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	
Si oui :	- résultats tous normaux <input type="checkbox"/>	Mois	Année
	- diagnostic d'ostéopénie <input type="checkbox"/>	Date de premier diagnostic :	<input type="text"/>
	- diagnostic d'ostéoporose <input type="checkbox"/>	Date de premier diagnostic :	<input type="text"/>

Q11-4

### Examens pratiqués (depuis votre dernier questionnaire E3N)

	Cochez si oui	Mois	Année	Normal	Anormal	Si résultat anormal, précisez :
Frottis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Coloscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Hémocult®	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

### Cancers (Merci de nous adresser une copie des résultats en votre possession nous permettant de documenter la pathologie)

	Cochez si oui	Mois	Année
Sein :	droit <input type="checkbox"/>	gauche <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utérus :	col <input type="checkbox"/>	corps <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Intestin :	côlon <input type="checkbox"/>	rectum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peau :	basocellulaire <input type="checkbox"/>	spinocellulaire <input type="checkbox"/>	mélanome <input type="checkbox"/>
Poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sang :	leucémie <input type="checkbox"/>	lymphome <input type="checkbox"/>	myélome <input type="checkbox"/>
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre cancer, précisez : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Noms et adresses de vos médecins et/ou établissements d'hospitalisation

afin que les médecins d'E3N puissent éventuellement contacter les vôtres pour obtenir un complément d'information

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

### Vos hospitalisations (depuis votre dernier questionnaire E3N)

	Précisez pour quelle maladie ou opération	Mois	Année
1. ....		<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ....		<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ....		<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. ....		<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Autres problèmes de santé importants non cités

.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Q11-5

## Votre qualité de vie

<b>Voici des activités que vous pourriez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune, indiquez si vous êtes gênée en raison de votre état de santé actuel :</b>	oui, très gênée	oui, un peu gênée	non, pas du tout gênée			
- efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état physique :</b>	oui	non				
- avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveuse ou déprimée) :</b>	oui	non				
- avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Au cours des 4 dernières semaines, vos douleurs physiques vous ont-elles gênée dans votre travail ou vos activités domestiques ?						
pas du tout <input type="checkbox"/>	un petit peu <input type="checkbox"/>	moyennement <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	énormément <input type="checkbox"/>		
Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gênée dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?						
tout le temps <input type="checkbox"/>	une bonne partie du temps <input type="checkbox"/>	de temps en temps <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>	jamais <input type="checkbox"/>		
<b>Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :</b>	en permanence	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
- vous vous êtes sentie calme et détendue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie débordante d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes sentie triste et abattue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Au cours des 4 dernières semaines :</b>	tous les jours	presque tous les jours	certains jours	rarement	jamais	
- avez-vous eu de fortes douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- votre raideur matinale a-t-elle duré plus d'une heure après votre réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- vos douleurs vous ont-elles gênée pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pouvez-vous, sans aide :</b>	impossible	très difficile	assez difficile	peu difficile	aucune difficulté	
- vous déplacer (voiture personnelle, taxi, transports en commun) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- vous servir du téléphone ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- gérer votre budget, les chèques, les factures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous capable de vous lever d'une chaise sans accoudoirs 5 fois de suite ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				

Q11-6

## Vos sentiments - comportements

<b>Au cours de la semaine écoulée :</b> (pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case)	Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie très déprimée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été confiante dans l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie craintive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été heureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie seule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis sentie triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Les questions suivantes concernent ce que vous pouvez ressentir à propos de différents aspects de votre vie. Merci d'indiquer à quelle fréquence vous avez l'impression :</b>	presque jamais	de temps en temps	souvent	
- de manquer de compagnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de vous sentir exclue, à l'écart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- de vous sentir isolée des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Q11-7

## Vos mesures anthropométriques actuelles

Poids : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	Taille : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Tour de hanches (au plus large) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Tour de taille (au niveau du nombril) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	Tour de taille (au plus mince) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	
Avez-vous perdu, sans le vouloir, 3 kg ou plus dans les 6 derniers mois ?		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

## Votre consommation de tabac

Avez-vous déjà fumé dans votre vie ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui :	vous fumez toujours :	occasionnellement <input type="checkbox"/>	régulièrement (1 cigarette par jour ou plus) <input type="checkbox"/>
	vous avez arrêté <input type="checkbox"/>	: votre âge à l'arrêt : <input type="text"/> <input type="text"/>	

## Votre sommeil

Combien de temps en moyenne dormez-vous ?	la nuit : <input type="text"/> <input type="text"/> heures et <input type="text"/> <input type="text"/> minutes			
	le jour (siestes) : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> minutes			
De combien d'heures de sommeil par nuit avez-vous besoin pour vous sentir bien ? <input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> min.				
On dit parfois que quelqu'un est « du matin » ou « du soir ». Comment vous considérez-vous ?				
tout à fait du soir <input type="checkbox"/>	plutôt du soir <input type="checkbox"/>	plutôt du matin <input type="checkbox"/>	tout à fait du matin <input type="checkbox"/>	
Vous sentez-vous excessivement somnolente pendant la journée ?				
	jamais <input type="checkbox"/>	rarement <input type="checkbox"/>	régulièrement <input type="checkbox"/>	souvent <input type="checkbox"/>
En moyenne, combien de nuits par mois avez-vous des insomnies ? <input type="text"/> <input type="text"/>				
Êtes-vous sujette aux :	ronflements <input type="checkbox"/>	apnées du sommeil <input type="checkbox"/>	apnées du sommeil appareillées <input type="checkbox"/>	
Prenez-vous des médicaments pour dormir ?				
	jamais <input type="checkbox"/>	à l'occasion <input type="checkbox"/>	régulièrement <input type="checkbox"/>	toujours <input type="checkbox"/>

## Votre activité physique

Cette année, combien d'heures avez-vous consacré en moyenne <b>par semaine</b> : (indiquez le nombre d'heures pleines en moyenne. Ex. aucune = 0 ; 2h15 = 2 ; 2h30 = 3)	Hiver (heures)	Été (heures)
- à la marche (y compris pour aller au travail, faire des courses, pour vos loisirs, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- à faire de la bicyclette (y compris pour aller au travail, pour vos loisirs, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- au jardinage et/ou au bricolage	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- aux tâches ménagères (cuisine, ménage, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- au sport (natation, gymnastique, tennis, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
En moyenne, combien d'heures <b>par jour</b> restez-vous assise ? (au travail, pendant les repas, devant la télévision, devant l'ordinateur, à lire, etc. )	<input type="text"/> <input type="text"/> heures	

Vous avez rempli ce questionnaire :	seule <input type="checkbox"/>	avec l'aide d'un tiers <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------------	---

Vous êtes arrivée à la fin de ce questionnaire. Nous vous remercions vivement pour votre précieuse participation.