



Q-11

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander à un proche de vous aider à remplir ce questionnaire.

Date de réponse

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	2	0	1
Jour		Mois		Année				

Date de naissance

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	1	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour		Mois		Année					

MERCI DE NE PAS RAYER, DE NE PAS DÉBORDER DES CASES, D'ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR ET EN MAJUSCULES D'IMPRIMERIE.

Vos coordonnées (pour d'éventuelles précisions)

Téléphone principal :	<input type="text"/>	Autre :	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------	---------	----------------------

Adresse électronique :	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

Votre vie quotidienne (plusieurs réponses possibles)

Vous êtes :	mariée / en couple <input type="checkbox"/>	divorcée / séparée <input type="checkbox"/>	veuve <input type="checkbox"/>	célibataire <input type="checkbox"/>
Vous vivez :	en couple <input type="checkbox"/>	seule <input type="checkbox"/>	avec un(e) ami(e), sans vie commune <input type="checkbox"/>	
Vous habitez :	une maison individuelle <input type="checkbox"/>	un appartement <input type="checkbox"/>	chez vos enfants <input type="checkbox"/>	
	en maison de retraite / foyer logement / EHPAD <input type="checkbox"/>		depuis <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (année)	autre <input type="checkbox"/>
Avez-vous un animal de compagnie ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		
Vous occupez-vous de personne(s) handicapée(s) ou dépendante(s) ?	oui <input type="checkbox"/>		non <input type="checkbox"/>	
Si oui, combien de temps au total par semaine lui (leur) consacrez-vous ?				
temps plein <input type="checkbox"/>	21 h ou plus <input type="checkbox"/>	de 7 h à 20 h <input type="checkbox"/>	de 2 h à 6 h <input type="checkbox"/>	moins de 2 h <input type="checkbox"/>

Votre entourage

Êtes-vous satisfaite de la qualité de vos relations avec les personnes de votre entourage ?				
très satisfaite <input type="checkbox"/>		plutôt satisfaite <input type="checkbox"/>		plutôt insatisfaite <input type="checkbox"/>
				insatisfaite <input type="checkbox"/>
Combien d'ami(es) proche(s) avez-vous ?	0 <input type="checkbox"/>	1 ou 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 9 <input type="checkbox"/>
10 ou + <input type="checkbox"/>				
De combien de membres de votre famille vous sentez-vous proche ?				
aucun <input type="checkbox"/>	1 ou 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 9 <input type="checkbox"/>	10 ou + <input type="checkbox"/>
Combien de ces amis proches ou membres de votre famille voyez-vous au moins une fois par mois ?				
aucun <input type="checkbox"/>	1 ou 2 <input type="checkbox"/>	3 à 5 <input type="checkbox"/>	6 à 9 <input type="checkbox"/>	10 ou + <input type="checkbox"/>
Y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour discuter de choses personnelles ou pour prendre une décision difficile ?				oui <input type="checkbox"/>
				non <input type="checkbox"/>
Auriez-vous eu plus besoin de ce type d'aide que vous n'en avez reçu ?				
oui, beaucoup plus <input type="checkbox"/>		oui, plus <input type="checkbox"/>	oui, un peu plus <input type="checkbox"/>	non, c'était suffisant <input type="checkbox"/>

Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que : l'équipe Inserm chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies ; sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront vous être communiquées et les informations médicales, communiquées au médecin de votre choix. Si vous constatez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées ; il est possible de cesser de participer à l'étude.

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 « pace maker » ?	<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 / « attaque »	<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)	0	1	2
	3	4	5
	6	7	8
	9	10	(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

Problèmes oculaires	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 <input type="text"/>	Année <input type="text"/>
	- diagnostic d'ostéopénie <input type="checkbox"/>	Date de premier diagnostic :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	- diagnostic d'ostéoporose <input type="checkbox"/>	Date de premier diagnostic :	<input type="text"/>	<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

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

Q11-5

Votre qualité de vie

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 :	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"/>			
Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état physique :	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"/>				
Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveuse ou déprimée) :	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"/>		
Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :	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"/>
Au cours des 4 dernières semaines :	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"/>	
Pouvez-vous, sans aide :	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

Au cours de la semaine écoulée : (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"/>
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 :	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 par semaine : (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 par jour 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.