

999998 1

Étiquette à décoller, avant de renvoyer le questionnaire

TRÈS IMPORTANT

- *Ecrire avec un stylo noir*
 - *Ne pas déborder des cases*
 - *Ne pas raturer*
- *Ne pas rayer si vous n'avez rien à remplir*

1 Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire

		/			/				
Jour			Mois			2 0		Année	

2 Renseignements généraux
Quelle est votre date de naissance ? (pour vérification)

		/			/				
Jour			Mois			1 9		Année	

Avez-vous actuellement une activité professionnelle ? Oui Non

Quel est votre poids actuel ? kg **Votre taille ?** cm
 (ex. 075 kg) (ex. 168 cm)

3 Transit Intestinal
Type : Normal Diarrhée Constipation Alternance diarrhée-constipation
Fréquence des selles : 1 ou plus par jour 3 à 6 fois/semaine 2 ou moins/semaine
4 Tabac
Fumez-vous actuellement ? Oui Non, je n'ai jamais fumé (passer à la rubrique suivante)
 Non, je ne fume plus depuis ans

Je fume / j'ai fumé régulièrement, cigarettes par jour,
 pendant ans au total (enlever les périodes d'arrêt)
 occasionnellement (moins d'une cigarette par jour)

5 Examens pratiqués :

 depuis Avril 97
 ou votre dernière
 réponse à un
 questionnaire,
 avez-vous fait faire
 l'un des examens
 suivants ?

	Croix si oui	Résultat le plus récent			Si résultat anormal, préciser les conclusions
		Normal	Anormal	Ne sait pas	
Frottis :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéodensitométrie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloscopie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche de sang dans les selles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mesure tension artérielle : maxi : mini :
Dosage du cholestérol : en g/l : ,
ou
 en mmol/l : ,

Conformément aux dispositions de la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que :- l'équipe INSERM chargée de l'étude E3N est la destinataire des informations que vous lui transmettez ; - celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer prévention, détection et prise en charge de diverses 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 constatiez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées. - il est possible de cesser de participer en cours d'étude.

6 Traitements hormonaux (traitements substitutifs de la ménopause, progestatifs...) : pris depuis Avril 97 ou votre dernière réponse à un questionnaire.

Utilisez **une ligne par médicament** et précisez toutes les informations demandées. Si vous avez pris plusieurs médicaments, remplissez **toutes les cases** même si ce sont les mêmes dates et durées. Si vous ne vous en souvenez plus, indiquez une date et une durée approximatives. Pour les traitements en cours en Avril 97, partez de la date de début du traitement.

Nom du médicament (en majuscules d'imprimerie SVP)	Date de début d'utilisation		Durée (en mois)	En cours (croix si oui)				
	Mois	Année						
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 Autres médicaments : prenez-vous actuellement, au moins 3 fois par semaine ?

Somnifères <input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoires <input type="checkbox"/>
Psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs...) <input type="checkbox"/>	Antihypertenseurs <input type="checkbox"/>
Vasodilatateurs (pour la circulation du sang) <input type="checkbox"/>	Antidiabétiques <input type="checkbox"/>
Supplémentation en :	Diurétiques <input type="checkbox"/>
Phytoestrogènes (Soja) <input type="checkbox"/>	Fluor <input type="checkbox"/>
Calcium <input type="checkbox"/>	Biphosphonates <input type="checkbox"/>
Autres Minéraux / Oligo-éléments <input type="checkbox"/>	Protecteurs gastriques <input type="checkbox"/>
Vitamines :	(contre ulcères et aigreurs d'estomac)
A <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Groupe B <input type="checkbox"/>	Acide folique <input type="checkbox"/>
Bétacarotène <input type="checkbox"/>	Autres vitamines <input type="checkbox"/>
	Laxatifs <input type="checkbox"/>
	(indiquer les noms en clair)

8 Cancers dans la famille (liens de sang et non d'adoption)

Ne pas raturer les cases, indiquer un nombre ; si zéro ou si vous ne savez pas, ne rien inscrire.

	Parents	Enfants	Frères et sœurs (**)	Oncles et tantes (***)	Grands-parents	Age (****)
Combien avez-vous de* :	0 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 4
Combien ont eu un cancer :						de survenue du cancer
de l'intestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de l'ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du testicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres - combien ?						
indiquer en clair la localisation

(*) qu'ils soient vivants ou décédés

(**) à l'exclusion des demi-frères et demi-sœurs

(***) frères/sœurs de votre père et de votre mère uniquement (à l'exclusion de leurs demi-frères et demi-sœurs)

(****) Si plusieurs personnes ont eu un même cancer, indiquer l'âge de survenue le plus petit. Par exemple, si votre mère et votre tante ont eu un cancer du sein, l'une à 65 ans et l'autre à 46 ans, indiquez alors 46 ans pour le cancer du sein.

9 Ménopause Nota : La ménopause correspond à l'arrêt du fonctionnement des ovaires. Une ablation de l'utérus seul avec conservation des ovaires entraîne un arrêt des règles mais non la ménopause. Un traitement hormonal peut provoquer des règles artificielles même après la ménopause. Lorsque l'utérus a été enlevé avant la ménopause (plus de règles) ou lorsque l'on prend un traitement (règles artificielles), il est difficile de dater la ménopause. On peut estimer cette date si l'on éprouve des effets secondaires (bouffées de chaleur...) ou si l'on fait un dosage hormonal.

Actuellement, êtes-vous réglée (avec ou sans traitement) ?

OUI, je suis réglée



Actuellement, êtes-vous sous traitement hormonal* ?

OUI

Etes-vous ménopausée (cf nota) ?

Oui Non En cours

Si oui, date de ménopause

/
Mois Année

- Est-ce une ménopause ? (croix si oui)

- 1. Naturelle
- 2. Artificielle par :
 - Ablation des 2 ovaires
 - Radio-, chimiothérapie
 - Autre :
 - (en clair)

NON

Durée des cycles :

- 24 jours ou moins
- 25-26
- 27-29
- 30-31
- 32 jours ou plus
- irréguliers

NON, je ne suis pas réglée



date des dernières règles /
Mois Année

Avez-vous eu une ablation de l'utérus seul ?

Oui, date de l'ablation : / Non
Mois Année

Etes-vous ménopausée (cf nota) ?

Oui Non En cours

Si oui, date de ménopause /
Mois Année

- Est-ce une ménopause ? (croix si oui)

- 1. Naturelle
- 2. Artificielle par :
 - Ablation de l'utérus et des 2 ovaires
 - Ablation des 2 ovaires seulement
 - Radio-, chimiothérapie
 - Autre : (en clair)

Actuellement, êtes-vous sous traitement hormonal* ?

Oui Non

* traitement substitutif de la ménopause, traitement progestatif, pilule contraceptive ... (hors hormones thyroïdiennes)

Dans les 12 derniers mois, combien avez-vous eu de menstruations (règles) (avec ou sans traitement hormonal) ?

Avez-vous éprouvé des effets secondaires de la ménopause (bouffées de chaleur ...) ? Oui Non

Date de début des effets secondaires

Date de fin

Durée

Encore actuellement

Si oui :

/
Mois Année

/
Mois Année

(en mois)

(croix si oui)

10 Maladie bénigne du sein :

depuis Avril 1997 ou votre dernière réponse à un questionnaire, avez-vous eu (croix si oui) ?

- Adénome - Fibro adénome
- Abcès du sein
- Maladie fibro-kystique
- Ecoulement non lacté du mamelon
- Autre (en clair)
- Mastodynie
- Lipome
- Mastose
- Kyste du sein

A quelle date ? /
Mois Année

Etait-ce le sein ? Droit Gauche Les 2 seins

Examen : Cytoponction Biopsie Frottis

Traitement : oui non

- Ablation de la lésion
- Ablation 1 sein
- Ablation 2 seins
- Médicament hormonal
- Médicament autre
- Ne sait plus

11 Maladie bénigne de l'utérus ou de l'ovaire :

depuis Avril 1997 ou votre dernière réponse à un questionnaire, avez-vous eu (croix si oui) ?

- Polype(s) utérin(s)
- Endométriose
- Fibrome utérin
- Trouble ou arrêt des règles ayant nécessité un traitement
- Kyste de l'ovaire
- Autre (en clair)

A quelle date ? /
Mois Année

Avez vous eu une biopsie ? oui non

Traitement : oui non

- Médicament hormonal
- Médicament autre
- Chirurgie
- Ne sait plus

MISE A JOUR DE VOTRE ETAT DE SANTE

DEPUIS AVRIL 1997 OU VOTRE DERNIERE REPONSE A UN QUESTIONNAIRE

999998 1

12 Maladie appareil urinaire ou digestif

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Calculs rénaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calculs (vésicule, voies biliaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ablation vésicule biliaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite virale aiguë :			
A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite chronique :			
B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysenterie amibienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn/ Rectocolite ulcéro-hémorragique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère digestif :			
estomac <input type="checkbox"/> duodénum <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
confirmé par fibroscopie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polypes intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticules au côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Maladie cœur - circulation

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypotension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral, hémorragie cérébrale, "attaque"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Maladie voies respiratoires

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crise(s) d'asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 Cancer

Merci de nous adresser copie des résultats (compte-rendus anatomo-pathologiques) en votre possession nous permettant de documenter la pathologie.

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Utérus : col <input type="checkbox"/> corps <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intestin : côlon <input type="checkbox"/> rectum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre cancer, (précisez la localisation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Autres

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Diabète :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
insulino-dépendant <input type="checkbox"/>		non insulino-dépendant <input type="checkbox"/>	
Maladie thyroïdienne bénigne :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hyper <input type="checkbox"/> hypo <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> ne sait pas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression, troubles psychologiques ayant nécessité un traitement <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture(s) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17 Maladies chroniques

Migraines <input type="checkbox"/>	Eczéma <input type="checkbox"/>
Problèmes allergiques <input type="checkbox"/>	Angines fréquentes <input type="checkbox"/>

18 Autre(s) maladie(s) non citée(s)

.....

19 Hospitalisation(s), depuis Avril 1997 ou votre dernière

réponse à un questionnaire : oui non

Si oui, à quelle date ? Pour quel motif ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 Si vous acceptez que le 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.

.....

