

Etiquette à décoller, avant de renvoyer le questionnaire

TRÈS IMPORTANT :

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

1 Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire

/ / 2 0

Jour Mois Année

2 Renseignements généraux

Quelle est votre date de naissance ? (pour vérification) / / 1 9

Avez-vous actuellement une activité professionnelle ? Oui Non

Quel est votre statut marital actuel ?

Célibataire Mariée / Vit en couple Veuve Divorcée / Séparée

3 Tabac

Fumez-vous actuellement ?

Oui, régulièrement cigarette(s) par jour

Oui, occasionnellement (moins d'une cigarette par jour)

Non, je ne fume plus depuis ans

Non, je n'ai jamais fumé

4 Transit intestinal

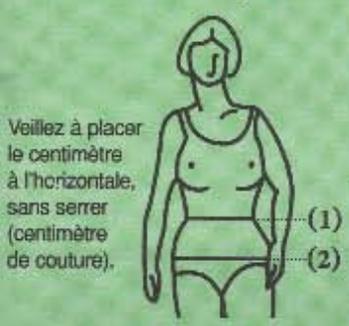
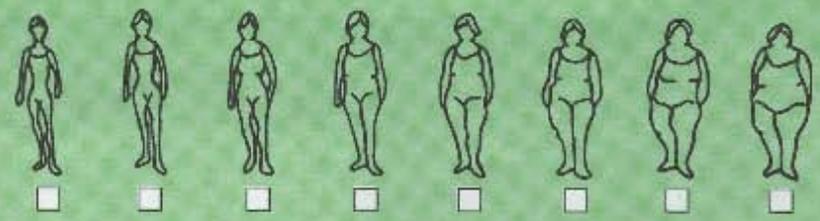
Type : Normal Diarrhée Constipation Alternance diarrhée-constipation

Fréquence des selles : 1 ou plus par jour 3 à 6 fois/semaine 2 ou moins/semaine

5 Mesures anthropométriques actuelles

Si possible prendre les mesures en sous-vêtements, à jeun.

A l'aide des dessins, indiquez votre morphologie actuelle : (si vous hésitez entre 2 dessins, noircissez les 2 cases correspondantes)



Veillez à placer le centimètre à l'horizontale, sans serrer (centimètre de couture).

Quel est votre poids actuel ? kg

Votre taille ? cm

Votre tour de taille ? cm (1)

Votre tour de hanches ? cm (2)

Avez-vous pris vos mesures : - en sous-vêtements Oui Non

- à jeun Oui Non

6 Activités

physiques : au cours d'une **semaine type** de l'année passée, combien d'heures avez-vous consacré à ... ?

La marche
y compris pour aller au travail, faire des courses...

La bicyclette
y compris pour aller au travail, pour vos loisirs...

Au jardinage

Au bricolage

Au sport

Aux tâches ménagères

En hiver

En été

En hiver		En été	
h	min	h	min
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7 Traitements hormonaux :

(traitements substitutifs de la ménopause, progestatifs...) pris depuis juillet 2000 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 juillet 2000, 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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

8 Autres médicaments :

prenez-vous actuellement, au moins 3 fois par semaine ?

Somnifères <input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoires <input type="checkbox"/>	Antidiabétiques <input type="checkbox"/>
Psychotropes (tranquillisants, antidépresseurs...) <input type="checkbox"/>	Protecteurs gastriques (contre ulcères et aigreurs d'estomac) <input type="checkbox"/>	Vasodilatateurs (pour la circulation du sang) <input type="checkbox"/>
Antihypertenseurs <input type="checkbox"/>	Bronchodilatateurs inhalés <input type="checkbox"/>	Corticoïdes inhalés <input type="checkbox"/>

Diurétiques Laxatifs (nom en clair)

Supplémentation en :

Biphosphonates <input type="checkbox"/>	Calcium <input type="checkbox"/>	Fluor <input type="checkbox"/>	Fer <input type="checkbox"/>	Magnésium <input type="checkbox"/>
Phytoestrogènes (Soja) <input type="checkbox"/>	Autres minéraux / Oligo-éléments <input type="checkbox"/>			
Vitamines : A <input type="checkbox"/>	Groupe B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Acide folique <input type="checkbox"/>	Bétacarotène <input type="checkbox"/>	Autres vitamines <input type="checkbox"/>		

9 Examens pratiqués :

Depuis juillet 2000 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, précisez les conclusions
		Normal	Anormal	Ne sait pas	
Frottis :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mammographie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ostéodensitométrie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Coloscopie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Recherche de sang dans les selles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mesure tension artérielle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		maxi : <input type="text"/> <input type="text"/> mini : <input type="text"/> <input type="text"/>
Dosage du cholestérol :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		en g/l : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou en mmol/l : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

10 **Votre naissance :** **Votre mère fumait-elle pendant sa grossesse ?** oui non ne sait pas

Etes-vous née prématurément ? oui non ne sait pas

(au moins un mois avant la date prévue de naissance)

Vous a-t-on dit que vous étiez un bébé de poids : petit moyen gros

Si possible, indiquez votre poids approximatif : kg

Vous a-t-on dit que vous étiez un bébé de taille : petite moyenne grande

Si possible, indiquez votre taille approximative : cm

Ces informations proviennent de : 1- votre mère, 2- un parent, 3- un souvenir précis, 4- un vague souvenir, 5- une supposition. Cocher le numéro adéquat pour l'information sur :

Votre poids : (1) (2) (3) (4) (5) **Votre taille :** (1) (2) (3) (4) (5)

Avez-vous été allaitée au sein ? oui, mère oui, nourrice non ne sait pas

11 **Environnement dans votre enfance :**

Y avait-il un chat ou un chien chez vous durant votre enfance ? oui non

Si oui, chat chien les 2

à partir de quel âge : < 1 an 1 à 2 ans 2 à 5 ans 5 à 16 ans

Avez-vous vécu dans une ferme pendant au moins 3 mois de suite quand vous étiez enfant ? oui non

Si oui : à partir de quel âge : < 1 an 1 à 2 ans 2 à 5 ans 5 à 16 ans

Vos parents étaient-ils fermiers ? oui non

Y avait-il des animaux ? oui : vaches, cochons, moutons oui : autres non

12 **Asthme :** **Avez-vous déjà eu... ?**

Des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ? oui non

Des crises d'asthme ? oui non

Si oui : Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ? oui non

Avez-vous été traitée pour vos crises ? oui non

A quel âge avez-vous eu la première crise ? ans

Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ? oui non

Quelle a été la fréquence de vos crises dans les 12 derniers mois ?

1 ou + par jour 1 ou + / semaine 1 ou + / mois moins de 1 / mois

Depuis juillet 2000 ou votre dernière réponse à un questionnaire, avez-vous eu (croix si oui) ?

13 **Maladie bénigne du sein :**

Adénome – Fibro adénome <input type="checkbox"/>	Mastodynie <input type="checkbox"/>
Abcès du sein <input type="checkbox"/>	Lipome <input type="checkbox"/>
Maladie fibro-kystique <input type="checkbox"/>	Mastose <input type="checkbox"/>
Ecoulement non lacté du mamelon <input type="checkbox"/>	Kyste du sein <input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/> (en clair)	

A quelle date ? /

Mois / Année

Etait-ce le sein ? Droit Gauche Les 2 seins

Examens : Cytoponction Biopsie Frottis

Traitement : oui non

Ablation de la lésion <input type="checkbox"/>	Médicament hormonal <input type="checkbox"/>
Ablation 1 sein <input type="checkbox"/>	Médicament autre <input type="checkbox"/>
Ablation 2 seins <input type="checkbox"/>	Ne sait plus <input type="checkbox"/>

14 **Maladie bénigne de l'utérus ou de l'ovaire :**

Polype(s) utérin(s) <input type="checkbox"/>	
Endométriose <input type="checkbox"/>	
Fibrome utérin <input type="checkbox"/>	
Trouble ou arrêt des règles ayant nécessité un traitement <input type="checkbox"/>	
Kyste de l'ovaire <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="checkbox"/> (en clair)	

A quelle date ? /

Mois / Année

Avez-vous eu une biopsie ? oui non

Traitement : oui non

Médicament hormonal <input type="checkbox"/>	Chirurgie <input type="checkbox"/>
Médicament autre <input type="checkbox"/>	Ne sait plus <input type="checkbox"/>

MISE A JOUR DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

DEPUIS JUILLET 2000 OU VOTRE DERNIÈRE RÉPONSE À UN QUESTIONNAIRE

15 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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère digestif	<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"/>
Polypes intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diverticules au côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 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"/>

17 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"/>
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Cancer

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

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Utérus : ooi <input type="checkbox"/> corps <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sein : droit <input type="checkbox"/> gauche <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"/>
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"/>

19 Maladies chroniques

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

20 Autres

	(croix si oui)	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie thyroïdienne bénigne : hyper <input type="checkbox"/> hypo <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> ne sait pas <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"/>
Fracture(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 Autre(s) maladie(s) non citée(s)

.....

.....

.....

22 Hospitalisation(s), depuis juillet 2000 ou votre dernière réponse à un questionnaire ?

oui non

Si oui, à quelle date ?

<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"/>

Pour quel motif ?

.....

.....

.....

23 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.

.....

.....

.....