

TRES IMPORTANT ! merci de :

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



A. DONNEES GENERALES

Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire Jour Mois Année _2_ _0_ _0_

Quelle est votre date de naissance ? (pour vérification) Jour Mois Année _1_ _9_

Etes-vous ? droitère gauchère ambidextre

Avez-vous actuellement une activité professionnelle ? oui non

- Quel est (ou était) votre dernier métier ?

- Année de début ? - Année de fin ?

- Avez-vous déjà travaillé comme personnel de ménage (écoles, bureaux, particuliers...)? oui non

Quel est votre statut marital actuel ? célibataire mariée/vit en couple veuve divorcée/séparée

Coordonnées téléphoniques

Merci de nous transmettre, afin que nous puissions vous recontacter pour d'éventuelles précisions, vos coordonnées téléphoniques et/ou votre adresse électronique éventuelle (e-mail) :

- Numéro de téléphone principal (fixe ou portable) : ----

- Autres numéros : ---- // ----

- Adresse électronique :

Contact d'une tierce personne

Notre base de données peut permettre d'étudier les troubles cognitifs (Alzheimer, ...). Pour cela nous souhaitons interroger une personne proche de vous (conjoint, enfant, voisin(e), aide, ...) sur la façon dont il juge votre capacité à vous souvenir de différentes choses (ce questionnaire restera bien sûr totalement anonyme). Si vous acceptez, merci de bien vouloir nous fournir ses coordonnées afin que nous puissions lui adresser un questionnaire sous la forme de vingt questions courtes (il sera bien sûr important que vous n'interveniez pas personnellement dans sa réponse). Un autre questionnaire vous sera également adressé pour vous interroger.

Qualité (conjoint, enfant, aide-soignante ...)

Nom Prénom

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone

B. MISE A JOUR DE VOTRE ETAT DE SANTE DEPUIS JUILLET 2002 ou votre dernière réponse à un questionnaire

Maladie de l'appareil urinaire ou digestif

Autres

	Cochez si oui	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Calculs rénaux	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Infection urinaire	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Calculs vésicule / voies biliaires	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Ablation de la vésicule biliaire	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Hépatite chronique : <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		_ _ / _ _	_ _
Ulcère estomac / duodénum	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Maladie de Crohn / Recto-colite hémorragique	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Polypes intestinaux	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Diverticules du côlon	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Maladie du foie	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Biopsie du foie / fibrotest	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Anomalies transaminases / γ GT	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _

	Cochez si oui	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Diabète insulino-dépendant	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Diabète 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			
Cataracte	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Fracture 1	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Précisez : localisation - circonstances			
Fracture 2	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Précisez : localisation - circonstances			
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Autre maladie neurologique	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Précisez			
Dépression, troubles psychologiques ayant nécessité un traitement	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _

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

Cancer			
<i>Merci de nous adresser une copie des résultats en votre possession nous permettant de documenter la pathologie.</i>			
		Date de diagnostic	
		Cochez si oui	Mois
Sein :	<input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Utérus :	<input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> corps	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Ovaire		<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Intestin :	<input type="checkbox"/> côlon <input type="checkbox"/> rectum	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Estomac		<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Thyroïde		<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Peau		<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Poumon		<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Autre cancer		<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _
Veuillez préciser la localisation :			
.....			
.....			
.....			

	Cochez si oui	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Emphysème	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Tuberculose	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _
Rhume des foies	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _	_ _

Contacts médecins. 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

Maladie bénigne du sein

	<u>Date de diagnostic</u>			<u>Localisation</u>	
	Cochez si oui	Mois	Année	Droit	Gauche
Adénome/Fibro adénome	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastodynie	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyste du sein	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipome	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abcès du sein	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoulement non lacté du mamelon	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie fibro-kystique	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mastose	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre maladie bénigne du sein	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez :					
<u>Traitement</u> :	<input type="checkbox"/> Pas de traitement				
<input type="checkbox"/> Ablation de la lésion	Ablation :		<input type="checkbox"/> 1 sein	<input type="checkbox"/> 2 seins	
<input type="checkbox"/> Médicament hormonal	<input type="checkbox"/> Médicament autre	<input type="checkbox"/> Ne sait plus			
<u>Examens subis</u> :	<input type="checkbox"/> Cytoponction		<input type="checkbox"/> Biopsie		

Autres maladies non citées :

.....

.....

.....

Maladie bénigne de l'utérus et de l'ovaire

	<u>Date de diagnostic</u>		
	Cochez si oui	Mois	Année
Polype(s) utérin(s)	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	
Endométriose	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	
Fibrome utérin	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	
Kyste de l'ovaire	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	
Autre maladie bénigne de l'utérus ou de l'ovaire	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	
Précisez :			
<u>Traitement</u> :	<input type="checkbox"/> Pas de traitement		
<input type="checkbox"/> Médicament hormonal	<input type="checkbox"/> Chirurgie		
<input type="checkbox"/> Médicament autre	<input type="checkbox"/> Ne sait plus		
Avez-vous eu une biopsie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Maladies chroniques

	<u>Date de diagnostic</u>		
	Cochez si oui	Mois	Année
Problème allergique	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	
Arthrose	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	
Arthrite	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	
Migraines	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ _ _	

Hospitalisation(s). Si vous avez été hospitalisée depuis juillet 2002 ou votre dernière réponse à un questionnaire, merci d'indiquer :

- La date

Mois	Année	- Le motif de l'hospitalisation
_ _ / _ _ _ _	
_ _ / _ _ _ _	
_ _ / _ _ _ _	
_ _ / _ _ _ _	
_ _ / _ _ _ _	

Asthme

- Avez-vous déjà eu de l'asthme ? oui non

- cela a-t-il été confirmé par un médecin ? oui non

- à quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ? |_|_| ans

- à quel âge avez-vous eu votre dernière crise d'asthme ? |_|_| ans

- Si oui, - avez-vous eu une crise d'asthme au cours des 12 derniers mois ? oui non

- si oui, combien de crises avez-vous eues dans les 12 derniers mois ? |_|_|

- prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme (y compris les produits inhalés, aérosols, comprimés...) ? oui non

Inscrivez ici vos initiales : (pour vérification)	
---	--

C. Examens pratiqués depuis juillet 2002 ou votre dernière réponse à un questionnaire

- Avez-vous fait faire l'un des examens suivants ?

	Résultat le plus récent				Si résultat anormal, précisez ses conclusions
	Cochez si oui	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"/>
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 de la tension artérielle*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maxi : _ _ Mini : _ _
Dosage du cholestérol total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valeur : _ _ , _ _ mmol/l ou _ , _ _ g/l
Dosage du cholestérol LDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valeur : _ _ , _ _ mmol/l ou _ , _ _ g/l
Dosage du cholestérol HDL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valeur : _ _ , _ _ mmol/l ou _ , _ _ g/l
Dosage de la glycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valeur : _ _ , _ _ mmol/l ou _ , _ _ g/l
Dosage des triglycérides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valeur : _ _ , _ _ mmol/l ou _ , _ _ g/l

* Si vous suivez un traitement contre l'hypertension, veuillez indiquer votre tension artérielle sous traitement.

- Si l'on vous a déjà diagnostiqué un taux élevé de cholestérol au cours de votre vie, précisez la date de premier diagnostic :

|_|_| / |_|_|
Mois Année

D. Ostéodensitométrie

- Depuis juin 1990, avez-vous eu un ou plusieurs examen(s) d'ostéodensitométrie : oui non

- Si oui, l'un d'eux était-il anormal ?

non

Date de l'examen le plus récent ?

|_|_| / |_|_|
Mois Année

oui...localisation ? col du fémur vertèbres poignet

Date du premier diagnostic anormal ?

|_|_| / |_|_|
Mois Année

Quelle était sa conclusion :

E. Antécédents familiaux de maladies autres que cancer

Si votre père ou votre mère a eu l'une des maladies suivantes, merci d'indiquer à quel âge (approximativement) :

	Votre père					Votre mère				
	< 55 ans	55-59 ans	60-64 ans	à 65 ans ou plus	Ne connaît pas l'âge	< 55 ans	55-59 ans	60-64 ans	à 65 ans ou plus	Ne connaît pas l'âge
Accident vasculaire cérébral (« attaque »)	<input type="checkbox"/>									
Infarctus	<input type="checkbox"/>									
Embolie pulmonaire, phlébite	<input type="checkbox"/>									
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>									
Diabète insulino-dépendant*	<input type="checkbox"/>									
Diabète non insulino-dépendant*	<input type="checkbox"/>									
Asthme	<input type="checkbox"/>									

* Le diabète de la personne âgée traitée tardivement à l'insuline est à cocher comme diabète non insulino-dépendant.

Après sa ménopause, votre mère s'est-elle : - tassée ? non oui, d'environ |_|_| cm en |_|_| années ne sait pas

- « déformée »? non un peu beaucoup énormément

F. MEDICAMENTS, COMPLEMENTS ALIMENTAIRES ...

F1. Compléments alimentaires (tous, y compris les médicaments apportant des vitamines ou minéraux)

- Les compléments alimentaires (encore appelés suppléments) sont des vitamines, des minéraux, des extraits ou concentrés de plantes, des acides aminés, des protéines, des acides gras essentiels (oméga 3 par exemple), ou tout autre type de complément à l'alimentation, consommé sous forme de pilule, comprimé, gélule, sachet de poudre, sirop, etc.
- Il peut s'agir ou non de médicaments; prescrits ou non par un médecin; remboursés ou non.
- Attention : les aliments enrichis (exemples : céréales, substituts de repas sous forme de crèmes dessert, jus de fruits, etc.), ne sont pas des compléments alimentaires.
- Ne déclarez pas vos consommations de compléments alimentaires en phyto-estrogènes et phytoprogestatifs dans ce tableau, car la question suivante concerne spécifiquement ces produits.
- Merci de nous aider en consultant le plus possible les notices et les emballages des produits pour répondre au questionnaire.

Pour chacun des compléments QUE VOUS CONSOMMEZ ACTUELLEMENT OU QUE VOUS AVEZ CONSOMMÉS À UNE OU PLUSIEURS PÉRIODES AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES, indiquez :

	Complément 1	Complément 2	Complément 3
Nom (le plus précis possible*)
Marque
Nombre d'années avec au moins 1 prise (années civiles, dont année en cours le cas échéant)	_ _	_ _	_ _
Nombre de jours par année de prise (en moyenne)	_ _ _	_ _ _	_ _ _
Nombre d'unités par jour de prise (comprimé, sachet, cuillère à café, ampoule)	_ _ , _	_ _ , _	_ _ , _
Forme des unités**
Si vous prenez ce produit actuellement, indiquez le nombre de jours par semaine	_	_	_
Année de 1 ^{ère} utilisation	_ _ _ _	_ _ _ _	_ _ _ _

Merci de cocher le mieux possible les constituants présents dans chaque complément :

(il existe une grande diversité de produits et leur composition n'est pas toujours répertoriée)

Calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sélénium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnésium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres minéraux-oligoéléments (Potassium, cuivre, iode, phosphore, manganèse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine B1 (thiamine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine B2 (riboflavine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine B3 (vitamine PP, niacine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine B5 (acide pantothénique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine B6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine B8 (biotine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folates (acide folique, vitamine B9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine B12 (cobalamines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine C (acide ascorbique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Béta-carotène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétinol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres vitamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acides gras Oméga 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : plantes, acides aminés, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Indiquez notamment les vitamines ou minéraux présents et les dosages, lorsque ceux-ci font partie du nom du complément :

Exemple 1. Nom : Vitamine C 500mg ; Marque : UPSA. / Exemple 2. Nom : Complexe Fer à la spiruline 120; Marque : SuperDiet.

** Forme des unités = comprimés, gélules, sachets, cuillères à café, cuillères à soupe, pulvérisations, ampoules...

- N'oubliez pas les médicaments antiacides type Rennie ou anti-ostéoporose, qui sont riches en calcium, ni les médicaments antiacides type Maalox, qui sont riches en magnésium.

F2. Phyto-estrogènes (extraits de soja, sauge, ...) et phytoprogestatifs (extraits de gattilier, yam, ...) pris au cours de votre vie.

Si vous ne vous souvenez plus des dates exactes, indiquez des dates approximatives. Si vous avez interrompu puis repris le même traitement, ou si vous avez changé de posologie, considérez qu'il s'agit d'un nouveau produit pour chaque reprise ou changement. Pour les traitements en cours, indiquez la date à laquelle vous répondez à ce questionnaire comme date de fin d'utilisation.

	Produit 1	Produit 2	Produit 3
Nom du produit (en majuscules SVP)
Marque
Date de début d'utilisation (Mois / Année)	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _
Date de fin d'utilisation (Mois / Année)	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _
Nombre de jours de prise / mois (1 à 30)	_ _	_ _	_ _
Nombre d'unités* par jour de prise	_	_	_
	Produit 4	Produit 5	Produit 6
Nom du produit (en majuscules SVP)
Marque
Date de début d'utilisation (Mois / Année)	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _
Date de fin d'utilisation (Mois / Année)	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _
Nombre de jours de prise / mois (1 à 30)	_ _	_ _	_ _
Nombre d'unités* par jour de prise	_	_	_

* Gélules, capsules,....

(Continuez sur papier libre si besoin)

F3. Traitements hormonaux (traitements substitutifs de la ménopause, progestatifs, DHEA, contraceptifs oraux...) pris entre juillet 2002 (ou votre dernière réponse à un questionnaire) et aujourd'hui.

Si vous avez pris plusieurs médicaments, utilisez une ligne par médicament et remplissez toutes les cases, même si ce sont les mêmes dates. Si vous ne vous en souvenez plus, indiquez des dates approximatives. Pour les traitements en cours en juillet 2002, partez de la date de début de traitement.

Nom du médicament et forme (patch, crème, voie orale, voie vaginale, voie injectable...). En majuscules SVP	Date de début d'utilisation	Date de fin d'utilisation	OU En cours (Cochez si oui)
	Mois / Année	Mois / Année	
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>
.....	_ _ / _ _ _ _	_ _ / _ _ _ _	ou <input type="checkbox"/>

(Continuez sur papier libre si besoin)

Inscrivez ici vos initiales : (pour vérification)	
---	--

F4. Autres médicaments (prescrits par un médecin) que vous prenez actuellement au moins trois fois par semaine et non cités précédemment (Exemple : Aspirine, Lexomil, Zocor, ...) :

Nom du médicament	
1)
2)
3)
4)
5)
6)

(Continuez sur papier libre si besoin)

G. Traitement homéopathique

- Prenez-vous ou avez-vous déjà pris au cours de votre vie un traitement homéopathique ?

- jamais oui, régulièrement
 oui, occasionnellement

Si oui, s'agissait-il ? { d'une prescription médicale
 d'une auto-médication

H. Mesures anthropométriques actuelles (si possible, prendre les mesures en sous-vêtements et à jeun)

- Quel est votre poids ? kg
- Quelle est votre taille ? cm
- Age à la dernière mesure : ans
- Quel est votre tour de taille ? cm
- Quel est votre tour de hanches ? cm
- Avez-vous pris ces mesures ? - en sous-vêtements ? oui non - à jeun ? oui non
- Taille de votre soutien-gorge :
 - actuellement : - tour de poitrine (à la base des seins ou votre taille de soutien-gorge) ? cm
 - taille du bonnet ? A B C D E F G
 - si vous êtes ménopausée - tour de poitrine avant la ménopause (à la base des seins ou votre taille de soutien-gorge) ? cm
 - taille du bonnet ? A B C D E F G

I. Activité physique

- Combien d'heures par semaine consacrez-vous aux activités suivantes ?
 - marche (dans tous les contextes de la vie) h
 - sport de façon intensive, ou activités vigoureuses (bêcher, sarcler ...) h
 - sport de façon modérée, ou activités modérées (jardinage léger ...) h
 - ménage : - « grand ménage » h - « ménage léger » h
- Faites-vous la sieste ? - jamais ou moins d'une fois/semaine - une ou plusieurs fois/sem. : nombre (1 à 7)
- Combien d'heures en moyenne dormez-vous par jour (sieste + nuit) ? h

J. Teinture capillaire

- Si vous utilisez ou si vous avez déjà utilisé une teinture permanente pour les cheveux, merci d'indiquer :

La date de la première teinture permanente : /
 Mois Année

La couleur de la teinture : claire moyenne foncée La fréquence ? fois par an

Si vous avez arrêté, la date de fin : /
 Mois Année

K. Ressenti / Humeur

- Avez-vous connu, au cours de votre vie, des périodes accompagnées d'un état dépressif, d'anxiété, de pleurs, ... ?

non

oui : A quelle période ? (vous pouvez cocher plusieurs cases)

A la puberté Régulièrement, au cours du cycle menstruel (autour de la période des règles)

Au cours d'une grossesse ou après un accouchement A la ménopause

A d'autres périodes , précisez : décès d'un être cher séparation

problèmes professionnels déménagement

autre (précisez)

L. Sentiments - Comportements

Au cours de la semaine écoulée, (à chaque ligne, cochez une 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"/>

Inscrivez ici vos initiales :
(pour vérification)

M. Cycle hormonal

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

Non Oui,.....date de début : |_|_| / |_|_|_|_|
Mois Année

encore actuellement : Oui Non, date de fin : |_|_| / |_|_|_|_|
Mois Année

- Avez-vous eu une ablation :

de l'utérus ? Non Oui, date de l'ablation : |_|_| / |_|_|_|_|

des deux ovaires ? Non Oui, date de l'ablation : |_|_| / |_|_|_|_|

d'un seul ovaire ? Non Oui, date de l'ablation : |_|_| / |_|_|_|_|
Mois Année

- Actuellement, êtes-vous ?

Sans traitement hormonal (traitement progestatif, traitement substitutif de la ménopause) et avec des règles régulières

Sans traitement hormonal (traitement progestatif, traitement substitutif de la ménopause) et avec des règles irrégulières

Régulée et sous traitement hormonal
(traitement progestatif, traitement substitutif de la ménopause, ...)

Plus réglée (avec ou sans traitement hormonal)

Etes-vous ménopausée (cf *) ?

Non

Oui, dans ce cas :

- Votre ménopause est-elle survenue ?

Naturellement

Suite à l'ablation des 2 ovaires

Suite à une radiothérapie ou une chimiothérapie

Autre :

- Date de ménopause (même approximative) :

|_|_| / |_|_|_|_|
Mois Année

* La ménopause correspond à l'arrêt du fonctionnement des 2 ovaires, qui entraîne l'arrêt des règles naturelles. Un traitement hormonal peut cependant provoquer des règles artificielles même après la ménopause. Une ablation de l'utérus seul avec conservation des ovaires, réalisée avant la ménopause, entraîne un arrêt des règles mais non la ménopause. Il est alors difficile de dater la ménopause : la date des effets secondaires peut vous y aider...

N.Tabac

- Avez-vous déjà fumé dans votre vie?

non oui : à quel âge avez-vous commencé approximativement? |_|_| ans

- Fumez-vous actuellement ?

non, je ne fume plus :

- J'ai arrêté depuis |_|_| années (nombre d'années depuis l'arrêt)

- J'ai fumé : régulièrement* occasionnellement

└ j'ai fumé en moyenne |_|_| cigarettes / jour pendant |_|_| années**

oui, je fume : régulièrement* occasionnellement

└ je fume en moyenne |_|_| cigarettes / jour depuis |_|_| années**

- Si vous avez eu des enfants, avez-vous cessé de fumer pendant au moins l'une de vos grossesse(s) :

oui non

* Au moins une cigarette par jour

** Nombre d'années où vous avez fumé régulièrement