



Questionnaire complémentaire sur les fractures

Je confirme l'existence de cette fracture * : Oui Non

Date de la fracture ** :

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

** En cas de nouvelles fractures depuis cette date, merci de nous les renseigner sur papier libre

Cette fracture est-elle survenue après votre ménopause Oui Non

Localisation de la fracture : *cochez la case correspondante*

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doigt | <input type="checkbox"/> Col du fémur, hanche | <input type="checkbox"/> Os de la face |
| <input type="checkbox"/> Main | <input type="checkbox"/> Fémur, cuisse | <input type="checkbox"/> Vertèbre |
| <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> Genou, rotule | <input type="checkbox"/> Côte |
| <input type="checkbox"/> Avant-bras | <input type="checkbox"/> Jambe | <input type="checkbox"/> Sternum |
| <input type="checkbox"/> Coude | <input type="checkbox"/> Cheville | <input type="checkbox"/> Coccyx |
| <input type="checkbox"/> Bras-épaule | <input type="checkbox"/> Pied | <input type="checkbox"/> Vertèbre |
| <input type="checkbox"/> Clavicule | <input type="checkbox"/> Orteil | |
| <input type="checkbox"/> Bassin | <input type="checkbox"/> Crâne | |
| <input type="checkbox"/> Autre : veuillez préciser | | |

La fracture est-elle due : *cochez la case correspondante*

- à un accident de la circulation
- à une maladie (cancer, maladie de Paget, etc...)
- à une chute de votre hauteur
- à une chute d'un lieu élevé (échelle, chaise, etc...)
- à une chute dans un escalier
- à une chute en faisant du sport
- à une chute suite à une malaise
- à un heurt (marche d'escalier, trottoir, etc...)
- Autre :

Coordonnées du médecin ayant soigné cette fracture:

.....

.....

* Dans 4 cas pour 10 000, une erreur informatique ou une erreur de remplissage du questionnaire peut vous avoir attribué une telle pathologie, sans que vous en ayez jamais souffert. Au cas où vous infirmeriez cette information, veuillez accepter toutes nos excuses pour cette erreur.

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 seule 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 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 en cours d'étude.