



ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE  
AUPRES DE FEMMES DE LA MGEN

ÉCRIVEZ SUR L'ÉTIQUETTE

NOM  
NOM DE J.F.  
PRENOM  
ADRESSE

717642

N° D'IDENTIFICATION

7 1 7 6 4 2

0	0	0	0	0	0
1	*	1	1	1	1
2	2	2	2	2	*
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	*	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	*	6	6
*	7	*	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

CE QUESTIONNAIRE SERA LU PAR UN LECTEUR OPTIQUE QUI NE PEUT LIRE QUE LES CASES CORRECTEMENT NOIRCIES

HB - UTILISEZ UN CRAYON PAPIER HB (ni trop gras, ni trop dur)

- NOIRCISSEZ ENTIÈREMENT LA CASE CHOISIE :  ou

- NE FAITES PAS :  ni  ni  ni

- ÉVITEZ DE GOMMER, NE RATUREZ PAS

- NE FROISSEZ PAS LE QUESTIONNAIRE

Lorsque votre réponse à une question est "NON" ou "ZÉRO", n'oubliez pas de noircir la case correspondante, sinon l'information ne pourra pas être prise en compte.

En cas de réponse chiffrée :

(ex : poids = 65 kg)

Notez le nombre en clair dans la fenêtre du haut.

0, 6, 5

0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Ex : AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE ?

OUI  NON

plus

Noircissez les cases correspondantes

7 QUELLE EST LA COULEUR QUI SE RAPPROCHE LE PLUS DE LA COULEUR NATURELLE DE VOS CHEVEUX ? (avant qu'ils n'aient éventuellement blanchi)

ALBINS  BLOND  ROUX  CHÂTAIN  BRUN  NOIR

8 QUELLE EST LA COULEUR QUI SE RAPPROCHE LE PLUS DE LA COULEUR DE VOTRE PEAU ?

ALBINS  LAITEUSE  CLAIRE  MATE  BRUNE  NOIRE

9 AVEZ-VOUS DES TACHES DE ROUSSEUR ?

BEAUCOUP (toute l'année)  QUELQUES-UNES (plus en été)  PEU (seulement en été)  AUCUNE

10 AVEZ-VOUS DES GRAINS DE BEAUTÉ ?

BEAUCOUP  QUELQUES-UNES  PEU  AUCUN

11 SI VOUS VOUS EXPOSIEZ POUR LA PREMIÈRE FOIS DE L'ÉTÉ À UN SOLEIL INTENSE :

VOUS ATTRAPERIEZ DES COUPS DE SOLEIL MÊME SI VOUS UTILISIEZ UN PRODUIT SOLAIRE   
VOUS ATTRAPERIEZ SÛREMENT DES COUPS DE SOLEIL SI VOUS N'UTILISIEZ PAS UN PRODUIT SOLAIRE   
VOUS N'ATTRAPERIEZ PAS OU PEU DE COUPS DE SOLEIL

1 DATE À LAQUELLE VOUS RÉPONDEZ À CE QUESTIONNAIRE :

Jan Fév Mar Avr Mai Juin Jul Août Sept Oct Nov Déc 1990 1991 1992

PLIEZ-ICI

2 QUELLE EST VOTRE DATE DE NAISSANCE ?

EN CLAIR	0	0	0	0
PLUS NOIR	1	1	1	1
	2	2	2	2
	3	3	3	3
	4	4	4	4
	5	5	5	5
	6	6	6	6
	7	7	7	7
	8	8	8	8
	9	9	9	9

QUELLE EST VOTRE COMMUNE DE NAISSANCE ? (si vous êtes né(e) à l'étranger, précisez le pays)

3 QUEL EST VOTRE STATUT MARITAL ACTUEL ?

VIT EN COUPLE   
NE VIT PAS OU NE VIT PLUS EN COUPLE

VOTRE STATUT MARITAL ACTUEL EST LE MÊME DEPUIS :

5 ans et...  6 - 10 ans  11 - 20 ans  21 ans et +  n'a jamais vécu en couple

4 NIVEAU D'ÉTUDES

	DE VOUS-MÊME	DE VOTRE CONJOINT
PAS D'ÉTUDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CERTIFICAT D'ÉTUDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BEPC - CAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAC à BAC + 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAC + 3 à + 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
au moins BAC + 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS DE CONJOINT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 DE QUELLE FAÇON AVEZ-VOUS SOUFFERT DES PRIVATIONS ALIMENTAIRES DE LA DERNIÈRE GUERRE MONDIALE ?

VOUS N'ÉTIEZ PAS NÉE  PAS OU PEU SOUFFERT   
MOYENNEMENT   
BEAUCOUP (FAIM CONTINUELLE)   
ÉNORMÉMENT (DÉPORTATION)

13 QUELLE EST VOTRE TAILLE ACTUELLE ?

EN CLAIR	0	0	0
PLUS NOIR	1	1	1
	2	2	2
	3	3	3
	4	4	4
	5	5	5
	6	6	6
	7	7	7
	8	8	8
	9	9	9

VOTRE POIDS ACTUEL ? (POIDS AVANT GROSSESSE SI GROSSESSE EN COURS)

EN CLAIR	0	0	0
PLUS NOIR	1	1	1
	2	2	2
	3	3	3
	4	4	4
	5	5	5
	6	6	6
	7	7	7
	8	8	8
	9	9	9

5 AVEZ-VOUS UNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?

OUI (même si vous êtes en ce moment en arrêt de maladie, congé sans solde, mise en disponibilité, etc...)   
NON, J'AI CESSÉ ACTUELLEMENT DE TRAVAILLER   
NON, JE N'AI JAMAIS EU D'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

6 DIRIEZ-VOUS QUE, EN GÉNÉRAL, VOTRE TRAVAIL EST (ÉTAIT) :

PHYSIQUEMENT  TRÈS PÉNIBLE  PÉNIBLE  PAS OU PEU PÉNIBLE   
NERVEUSEMENT

14 À L'AIDE DES DESSINS, INDIQUEZ VOTRE MORPHOLOGIE

(SI VOUS HÉSITIEZ ENTRE 2 DESSINS, NOIRCISSEZ LES DEUX CASES CORRESPONDANTES)



AUTOUR DE 8 ANS  A LA PUBERTÉ   
AUTOUR DE 20 - 25 ANS  AUTOUR DE 35 - 40 ANS   
ACTUELLE

Conformément aux dispositions de la loi de 1978 relative à l'information aux lettres et aux libertés, nous vous informons que : L'Équipe INSERM chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous nous transmettez ; toutes les questions sont importantes et nous souhaitons, dans la mesure du possible, obtenir une réponse pour chacune d'elles ; sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront être directement communiquées, les informations médicales pourront être communiquées au médecin de votre choix ; si vous constatez des erreurs, vous pourrez exiger qu'elles soient corrigées ; il est possible de passer de participer en cours d'étude.



25 AVEZ-VOUS ALLAITÉ ? OUI  NON

SI OUI, QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LA PREMIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ ALLAITÉ ?  
 17 ans et -  18 - 20  21 - 25  26 - 30  31 ans et +   
 DURÉE D'ALLAITEMENT TOTALISÉE SUR L'ENSEMBLE DES ENFANTS ?  
 3 mois et -  4 - 6  7 - 12  13 - 24  25 - 36  37 - 60  61 mois et +

26 AVEZ-VOUS PRIS DES MÉDICAMENTS POUR ARRÊTER LA MONTÉE DE LAIT ?  
 NON, JAMAIS  OUI  → APRÈS COMBIEN DE GROSSESSES ?  
 1  2  3  4  5 et +

27 AVEZ-VOUS PRIS UN TRAITEMENT HORMONAL AU COURS D'UNE GROSSESSE ? (contre une menace d'avortement ou des contractions)  
 OUI  → SI OUI, À BASE DE : PROGESTÉRONNE   
 NON  DISTILBÉNE   
 NE SAIT PAS  AUTRE   
 NE SAIT PAS

28 ÊTES-VOUS MÉNOPAUSÉE ?  
 OUI  NON  EN COURS DE MÉNOPAUSE  N'A JAMAIS EU DE RÉGLES

SI OUI : ÉTAIT-CE UNE MÉNOPAUSE :  
 NATURELLE  EN CLAIR →  
 ARTIFICIELLE PAR :  
 HYSTÉRECTOMIE (ablation de l'utérus)  puis : 0  
 NOIRCIR → 1 1  
 OVARIECTOMIE (ablation des ovaires)  2 2  
 3 3  
 CHIMIOTHÉRAPIE  4 4  
 5 5  
 RADIOTHÉRAPIE  6 6  
 7 7  
 8 8  
 AUTRE  9 9

33 QUELLES SONT, PARMI LES MALADIES ET INTERVENTIONS SUIVANTES, CELLES QUE VOUS AVEZ DÉJÀ EUES ?

	ÂGE AUQUEL LA MALADIE S'EST DÉCLARÉE					
	10 ans et -	11 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49
<b>VOIES RESPIRATOIRES</b>						
BRONCHITE CHRONIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSE (OU PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMPHYÈME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMBOLE PULMONAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABLATION DES AMYGDALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABLATION DES VÉGÉTATIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>APPAREIL DIGESTIF</b>						
CALCULS VÉSICULE BILIAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABLATION VÉSICULE BILIAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ULCÈRE DE L'ESTOMAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ULCÈRE DUODENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DYSENTERIE AMIBIENNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COLITE ULCÉREUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPENDICITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÉMORROÏDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLYPPES INTESTINAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JAUNISSE, HÉPATITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIE DE GRÖHN, POLYPOSE FAMILIALE, RECTOCOLITE HÉMORRAGIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>APPAREIL GÉNITAL</b>						
POLYPPES UTÉRINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIBROME UTÉRIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENDOMÉTRIOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KYSTE DE L'OVAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HERPÈS GÉNITAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>SEIN</b>						
KYSTE DU SEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIE FIBRO-KYSTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABCÈS DU SEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MASTOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PLIEZ-ICI

29 PARMI CES MOTS, LEQUEL DÉCRIT LE MIEUX VOTRE TRANSIT INTESTINAL ?  
 NORMAL  DIARRHÉE  CONSTIPATION  ALTERNANCE

30 VOTRE TENSION ARTÉRIELLE EST-ELLE PLUTÔT : (SOUS TRAITEMENT SI VOUS ÊTES TRAITÉE)  
 FAIBLE   
 NORMALE   
 ÉLEVÉE   
 NE SAIT PAS

POUVEZ-VOUS EN INDIQUER LA VALEUR ?  
 MAXIMUM MINIMUM  
 EN CLAIR →  
 puis : 0 0  
 NOIRCIR → 1 1  
 2 2  
 3 3  
 4 4  
 5 5  
 6 6  
 7 7  
 8 8  
 9 9  
 NE SAIT PAS  NE SAIT PAS

31 VOTRE CHOLESTÉROL EST-IL PLUTÔT : (SOUS TRAITEMENT SI VOUS ÊTES TRAITÉE)  
 BAS   
 NORMAL (1,70 à 2,70 g/l ou 4,5 à 7 mmol/l)   
 ÉLEVÉ   
 NE SAIT PAS

POUVEZ-VOUS EN INDIQUER LA VALEUR ?  
 EN GRL. ou EN MMOL/L  
 EN CLAIR →  
 puis : 0 0 0  
 NOIRCIR → 1 1 1  
 2 2 2  
 3 3 3  
 4 4 4  
 5 5 5  
 6 6 6  
 7 7 7  
 8 8 8  
 9 9 9  
 NE SAIT PAS

32 AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN FROTTIS LORS D'UN EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE ?  OUI  NON, JAMAIS   
 SI OUI, AVEZ-VOUS DES FROTTIS : (une réponse) | SI OUI, QUAND A ÉTÉ FAIT LE DERNIER ?  
 IRRÉGULIÈREMENT  | IL YA 4 ANS OU MOINS   
 RÉGULIÈREMENT, TOUS LES ANS  | IL YA ENTRE 5 ET 10 ANS   
 TOUS LES 2-3 ANS  | IL YA 10 ANS ET PLUS   
 TOUS LES 4-5 ANS

33 AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LES MALADIES ET INTERVENTIONS SUIVANTES ?

	ÂGE AUQUEL LA MALADIE S'EST DÉCLARÉE					
	10 ans et -	11 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49
<b>COEUR ET CIRCULATION</b>						
ANGINE DE POITRINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFARCTUS DU MYOCARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES PROBLÈMES CORONARIENS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>CANCER</b>						
CANCER DU SEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER DE L'UTÉRUS (col et corps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER DE L'OVAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER DE LA PEAU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>AUTRE</b>						
CHOLESTÉROL ÉLEVÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABÈTE INSULINO-DÉPENDANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABÈTE NON INSULINO-DÉPENDANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPRESSION NERVEUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIE THYROÏDIENNE (HYPER-HYPO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECTIONS RHINOPHARYNGÉES RÉPÉTÉES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALLERGIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RHUMATISMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34 ACCÉPTEZ-VOUS QUE NOUS PRENIONS CONTACT AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT POUR L'INFORMER DE NOTRE ÉTUDE ?  
 NON  OUI  → NOM ET ADRESSE DE CE MÉDECIN :

ACCÉPTEZ-VOUS QUE NOUS LUI TRANSMETTIONS, SI NÉCESSAIRE, LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS AUREZ FOURNIES ?  
 OUI  NON

**35 AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE MAMMOGRAPHIE ? (radio des seins)**

NON  OUI  → DATE DE LA DERNIÈRE : \_\_\_\_\_  
 - NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

**36 AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UNE PONCTION OU UNE BIOPSIE DU SEIN ? (prélèvement de tissu mammaire)**

NON  OUI  → DATE DE LA DERNIÈRE : \_\_\_\_\_  
 - NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

**37 AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UNE RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES ?**

NON  OUI

SI OUI, LE RÉSULTAT ÉTAIT :

TOUJOURS NÉGATIF   
 AU MOINS UNE FOIS POSITIF, SUIVI D'UNE COLOSCOPIE   
 AU MOINS UNE FOIS POSITIF, NON SUIVI D'UNE COLOSCOPIE

**38 AVEZ-VOUS DÉJÀ SUBI UNE COLOSCOPIE ? (examen de l'intestin à l'aide d'un tube introduit par l'anus)**

NON  OUI  → DATE DE LA DERNIÈRE : \_\_\_\_\_  
 - NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

**39 AVEZ-VOUS DÉJÀ SUBI UNE BIOPSIE (prélèvement de tissu) POUR UNE MALADIE DE L'INTESTIN (polype, cancer...)?**

NON  OUI  → DATE DE LA DERNIÈRE : \_\_\_\_\_  
 - NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR : \_\_\_\_\_

**41 FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT OU AVEZ-VOUS FUMÉ DANS LE PASSÉ ? (AU MOINS UNE CIGARETTE PAR JOUR EN MOYENNE)**

NON  → PASSEZ À LA QUESTION 42

OUI  → QUE FUMEZ(IEZ)-VOUS ?

CIGARETTES  CIGARES  PIPE

PLUTÔT DES CIGARETTES BLONDES   
 PLUTÔT DES CIGARETTES BRUNES   
 AUTANT DE BRUNES QUE DE BLONDES

PLUTÔT DES CIGARETTES FILTRE   
 PLUTÔT DES CIGARETTES SANS FILTRE   
 AUTANT DE FILTRES QUE DE SANS FILTRE

(DEPUIS QUE LES CIGARETTES LÉGÈRES SONT SUR LE MARCHÉ) :

PLUTÔT DES CIGARETTES LÉGÈRES   
 PLUTÔT DES CIGARETTES NORMALES   
 AUTANT DE LÉGÈRES QUE DE NORMALES

**COMBIEN FUMEZ(IEZ)-VOUS EN MOYENNE DE CIGARETTES (ou de cigareilles, cigares, pipes) PAR JOUR ?**

1-4  5-14  15-24  25-34  35 et +  NE SAIT PAS

**AVALEZ(IEZ)-VOUS LA FUMÉE ?**

OUI  NON  NE SAIT PAS

**À QUEL ÂGE AVEZ-VOUS COMMENCÉ À FUMER RÉGULIÈREMENT ?**

15 ans et -  16-25  26-35  36 ans et +

**FUMEZ-VOUS ENCORE ?** OUI

NON, J'AI ARRÊTÉ DEPUIS :

5 ans ou -  6-10  11-15  16 ans et +

**42 DANS UNE JOURNÉE DE 24 H, COMBIEN D'HEURES VIVEZ-VOUS DANS UNE PIÈCE OU VOUS OU D'AUTRES PERSONNES FUMENT (lieu de travail et domicile) ?**

EN SEMAINE 0 h  1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h  9 h  10 h  11 h  12 h et +

LE WEEK-END 0 h  1 h  2 h  3 h  4 h  5 h  6 h  7 h  8 h  9 h  10 h  11 h  12 h et +

**PLIEZ-ICI**

**40 MALADIES FAMILIALES (liens de sang et non famille d'adoption)**

VOTRE PÈRE OU VOTRE MÈRE ONT-ILS EU L'UNE DE CES MALADIES ?

PÈRE	OUI	NON	NE SAIT PAS	MÈRE	OUI	NON	NE SAIT PAS
CANCER DU SEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANCER DU SEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LES AUTRES PARENTS DE VOTRE PROCHE FAMILLE :

PARMI VOS GRANDS-PARENTS COMBIEN ONT EU :	CANCER DU SEIN	0	1	2	3	4	NE SAIT PAS
	CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARMI VOS FRÈRES : (inclure les demi-frères)	CANCER DU SEIN	0	1	2	3	4+	NE SAIT PAS
	CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS DE FRÈRE	AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARMI VOS SŒURS : (inclure les demi-sœurs)	CANCER DU SEIN	0	1	2	3	4+	NE SAIT PAS
	CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS DE SŒUR	AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARMI VOS ONCLES : (frères de votre père ou mère uniquement)	CANCER DU SEIN	0	1	2	3	4+	NE SAIT PAS
	CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS D'ONCLE	AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARMI VOS TANTES : (sœurs de votre père ou mère uniquement)	CANCER DU SEIN	0	1	2	3	4+	NE SAIT PAS
	CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS DE TANTE	AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARMI VOS ENFANTS : (liens de sang et non d'adoption)	CANCER DU SEIN	0	1	2	3	4+	NE SAIT PAS
	CANCER DE L'INTESTIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAS D'ENFANTS	AUTRE CANCER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**43 ACTIVITÉS PHYSIQUES**

QUELLE DISTANCE, EN MOYENNE, PARCOUREZ-VOUS À PIED CHAQUE JOUR ?

0-500 mètres  500-2000 m  2000 m et +

COMBIEN D'ÉTAGES, EN MOYENNE, MONTEZ-VOUS À PIED CHAQUE JOUR ?

0  1-4  5 et +

COMBIEN D'HEURES PAR SEMAINE CONSACREZ-VOUS AUX ACTIVITÉS SUIVANTES (moyenne sur l'année) ?

SPORTS PRATIQUÉS DE FAÇON INTENSIVE OU ACTIVITÉS VIGOUREUSES (bâcher, sarcler...)

0 h/sem  1-2  3-4  5 h et + /sem

"GRAND" MÉNAGE

0 h/sem  1-2  3-4  5 h et + /sem

SPORTS PRATIQUÉS DE FAÇON MODÉRÉE OU ACTIVITÉ MODÉRÉE (jardinage léger...)

0 h/sem  1-4  5-13  14 h et + /sem

MÉNAGE "LÉGER"

0 h/sem  1-4  5-13  14 h et + /sem

SI VOUS ÊTES RETRAITÉE, POUVEZ-VOUS DÉCRIRE VOTRE ACTIVITÉ AVANT VOTRE RETRAITE (moyenne sur l'année) :

SPORTS PRATIQUÉS DE FAÇON INTENSIVE OU ACTIVITÉS VIGOUREUSES (bâcher, sarcler...)

0 h/sem  1-2  3-4  5 h et + /sem

"GRAND" MÉNAGE

0 h/sem  1-2  3-4  5 h et + /sem

SPORTS PRATIQUÉS DE FAÇON MODÉRÉE OU ACTIVITÉ MODÉRÉE (jardinage léger...)

0 h/sem  1-4  5-13  14 h et + /sem

MÉNAGE "LÉGER"

0 h/sem  1-4  5-13  14 h et + /sem

POUVEZ-VOUS DÉCRIRE VOTRE ACTIVITÉ LORSQUE VOUS AVIEZ ENTRE 8 ET 15 ANS :

SPORT EN DEHORS DE L'ÉCOLE :

NON  NE SAIT PLUS

OUI  → 1 à 4 h /sem

5 h et + /sem

Ne sait plus combien d'heures

HEURES DE MARCHÉ :

2 h et - /sem

3 à 4 h /sem

5 h et - /sem

Ne sait plus combien d'heures