



## Mise à jour de votre état de santé

Merci d'indiquer la date des **nouveaux diagnostics** vous concernant établis depuis votre dernière réponse à un questionnaire E3N (le précédent a été envoyé en juin 2018).

### État de santé général

Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est :

|                                     |                                     |                                |                                   |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> excellente | <input type="checkbox"/> très bonne | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> médiocre | <input type="checkbox"/> mauvaise |
| Vous sentez-vous pleine d'énergie ? |                                     | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non      |                                   |

### Maladies cardiovasculaires

|   | année  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Angine de poitrine   | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde (date du premier événement)  | <input type="text"/>   |
| Si oui, combien d'infarctus avez-vous eus ?   | <input type="text"/>   |
| En quelle année avez-vous eu votre dernier infarctus ?  | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Intervention pour pontage ou « stent », ou angioplastie au niveau du cœur                                      | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs  | <input type="text"/>   |
| Si oui, traitée par :   | <input type="checkbox"/> pontage ou amputation <input type="checkbox"/> angioplastie <input type="checkbox"/> médicament   |
| <input type="checkbox"/> Anévrisme aortique   | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Fibrillation / Flutter auriculaire : <input type="checkbox"/> permanent(e) <input type="checkbox"/> par crises | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Autres troubles du rythme cardiaque, précisez : .....  | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque   | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle  | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie   | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Phlébite profonde (pas les phlébites superficielles) / Embolie pulmonaire                                      | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Maladie d'une valve cardiaque (valvulopathie)  | <input type="text"/>   |
| Si oui, il s'agit :   | <input type="checkbox"/> d'un rétrécissement <input type="checkbox"/> d'une fuite (insuffisance)   |
|   | <input type="checkbox"/> de la valve aortique <input type="checkbox"/> de la valve mitrale <input type="checkbox"/> d'une autre valve  |
| Vous avez :   | <input type="checkbox"/> un pacemaker, depuis : <input type="text"/> <small>année</small> <input type="checkbox"/> un défibrillateur, depuis : <input type="text"/> <small>année</small> |

### Maladies endocriniennes

|   | mois   | année                                     |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                      |
| Si oui, traité par :  | <input type="checkbox"/> Metformine <input type="checkbox"/> autre antidiabétique oral <input type="checkbox"/> insuline                       |   |
|   | <input type="checkbox"/> autre antidiabétique injectable <input type="checkbox"/> régime alimentaire seul <input type="checkbox"/> non traité  |   |
| Merci d'indiquer votre dernier taux d'HbA1c (hémoglobine glyquée) : ..... |  |   |
| <input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne bénigne                     | <input type="text"/>   | <input type="text"/>                      |
| Si oui :  | <input type="checkbox"/> hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> hypothyroïdie <input type="checkbox"/> nodule <input type="checkbox"/> goitre | <input type="text"/> <small>année</small> |

Q13-2

### Maladies neurologiques et neurovasculaires

|  | année  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Migraine : <input type="checkbox"/> avec aura <input type="checkbox"/> sans aura <input type="checkbox"/> ne sais pas | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Névralgies faciales   | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Autres maux de tête chroniques  | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) / hémorragie cérébrale / « attaque »   | <input type="text"/>   |
| Si oui, s'agissait-il d'un accident ischémique transitoire (AIT) ?   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson  | <input type="text"/>   |
| <input type="checkbox"/> Autre maladie neurologique, précisez : .....  | <input type="text"/>   |

### Mémoire

Présentez-vous les symptômes suivants **de manière habituelle** :

|   |                              |                              |                                      |
|---|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| - oublis dans les activités courantes ?                     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| - difficultés à retenir de nouvelles informations simples ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> ne sais pas |

Si vous avez répondu oui à l'une des deux questions précédentes :

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Avez-vous parlé à un médecin généraliste de ces symptômes ?                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Avez-vous consulté un neurologue ou un médecin gériatre pour ces symptômes ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Vous a-t-on prescrit un médicament pour ces symptômes ?                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

### Problèmes uro-gynécologiques

|   | année                |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (créatinine sanguine anormale)   | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ablation : <input type="checkbox"/> de l'utérus <input type="checkbox"/> d'un ovaire <input type="checkbox"/> des deux ovaires | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Opération pour incontinence : <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> fécale                                | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Opération pour prolapsus (descente d'organes), avec ou sans geste urinaire   | <input type="text"/> |
| <b>À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ?</b>  |                      |
| <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine au maximum <input type="checkbox"/> 2 à 3 fois par semaine                  |                      |
| <input type="checkbox"/> environ 1 fois par jour <input type="checkbox"/> plusieurs fois par jour <input type="checkbox"/> tout le temps                |                      |

S'il vous arrive d'avoir des pertes d'urine :

|  |  |  |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                   |
|--|--|--|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-------------------|
| Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine ?  | <input type="checkbox"/> petite                          | <input type="checkbox"/> moyenne           | <input type="checkbox"/> grande |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                   |
| À quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? (cochez 1 chiffre) |  |  |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                   |
| pas du tout  | <input type="checkbox"/> 0                               | <input type="checkbox"/> 1                 | <input type="checkbox"/> 2      | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | vraiment beaucoup |
| Quand avez-vous des pertes d'urine ? (plusieurs réponses possibles)  |  |  |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                   |
| <input type="checkbox"/> avant de pouvoir arriver aux toilettes  | <input type="checkbox"/> quand vous toussiez ou éternuez | <input type="checkbox"/> quand vous dormez |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                   |
| <input type="checkbox"/> quand vous avez une activité physique   | <input type="checkbox"/> sans cause apparente            | <input type="checkbox"/> tout le temps     |                                 |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |                   |

Q13-3

| Maladies de l'appareil digestif                                  |  |                                    |  | année                |
|--|--|------------------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie coéliqua                        |  |                                    |  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ablation de la vésicule biliaire        |  |                                    |  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sigmoïdite diverticulaire traitée par : |  | <input type="checkbox"/> chirurgie | <input type="checkbox"/> antibiotiques | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Polypes bénins :                        |  | <input type="checkbox"/> du côlon  | <input type="checkbox"/> du rectum     | <input type="text"/> |

| Maladies musculo-squelettiques   |  |  |  | année  |                                |
|--|--|--|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fracture(s) :   |  | <input type="checkbox"/> poignet                       | <input type="checkbox"/> col du fémur                | <input type="checkbox"/> vertèbres/tassement vertébral | <input type="checkbox"/> autre |
| Si oui, indiquez la date (en cas de plusieurs fractures, indiquez la plus récente) : |  |  |  | <input type="text"/>                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> Pseudo polyarthrite rhizomélique (PPR) / Maladie de Horton  |  |  |  | <input type="text"/>                                   |                                |
| <input type="checkbox"/> Autre problème articulaire gênant la vie quotidienne        |  |  |  | <input type="text"/>                                   |                                |
| Si oui :   |  | <input type="checkbox"/> polyarthrite rhumatoïde       | <input type="checkbox"/> spondylarthrite ankylosante | <input type="checkbox"/> arthrose                      |                                |
|  |  | <input type="checkbox"/> périarthrite scapulo-humérale | <input type="checkbox"/> autre                       |  |                                |

| Maladies de la peau                                   |  |                                   |                                  | année   |                      |
|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Eczéma, depuis :             |  | <input type="text"/>              | (année)                          | <input type="checkbox"/> Poussées d'urticaire, depuis : | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Vitiligo, depuis :           |  | <input type="text"/>              | (année)                          | <input type="checkbox"/> Psoriasis, depuis :            | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Rosacée, depuis :            |  | <input type="text"/>              | (année)                          |   |                      |
| <input type="checkbox"/> Ulcères, plaies chroniques : |  | <input type="checkbox"/> jambe(s) | <input type="checkbox"/> pied(s) | <input type="checkbox"/> autre                          | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Érysipèle                    |  |                                   |                                  | <input type="text"/>                                    |                      |

| Santé respiratoire   |                              |   |
|--|------------------------------|---|
| À un moment quelconque <b>dans les 12 derniers mois</b> :  |                              |   |
| - avez-vous eu des sifflements dans la poitrine ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non  |
| Si oui, avez-vous été essouffée, même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non  |
| - vous êtes-vous réveillée avec une sensation de gêne respiratoire ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non  |
| - avez-vous eu une crise d'essoufflement au repos, pendant la journée ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non  |
| - avez-vous eu une crise d'essoufflement APRÈS un effort intense ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non  |
| - avez-vous été réveillée par une crise d'essoufflement ?  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non  |
| Avez-vous eu une crise d'asthme <b>dans les 12 derniers mois</b> ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non  |
| Si oui, dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des épisodes <b>d'au moins 2 jours</b> où vos crises d'asthme étaient vraiment <b>pires que d'habitude</b> ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non  |
| On vous a diagnostiqué :   |                              | <i>année</i>  |
| <input type="checkbox"/> emphysème   |                              | <input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) |
| <input type="checkbox"/> autre bronchite chronique   |                              | <input type="text"/>  |

Q13-4

## État psychologique et dépression

|   |                                      |                                 |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| Depuis juin 2018, avez-vous fait une dépression ?   | <input type="checkbox"/> oui         | <input type="checkbox"/> non    |
| Si oui, quelle est la date de votre dernier épisode dépressif ?                               | <input type="text"/>                 | <input type="text"/>            |
|   | <i>mois</i>                          | <i>année</i>                    |
| Depuis juin 2018, avez-vous eu un autre trouble psychologique ayant nécessité un traitement ? | <input type="checkbox"/> oui         | <input type="checkbox"/> non    |
| Voyez-vous régulièrement un psychologue ?   | <input type="checkbox"/> oui         | <input type="checkbox"/> non    |
| Au cours des 2 dernières années, avez-vous perdu une ou plusieurs personnes chères ?          | <input type="checkbox"/> oui         | <input type="checkbox"/> non    |
| Si oui, précisez :  | <input type="checkbox"/> ami(e)      | <input type="checkbox"/> parent |
|   | <input type="checkbox"/> conjoint(e) |                                 |

## Covid-19

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Depuis janvier 2020, pensez-vous avoir été infectée par le coronavirus (que cela ait été confirmé ou non par un médecin ou par un test) ? | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non                               | <input type="checkbox"/> ne sais pas                                   |
| Si oui :  | À quelle période ?   | <input type="checkbox"/> avant mars 2020                   | <input type="checkbox"/> entre mars et juin 2020                       |
|   |  | <input type="checkbox"/> en juillet ou août 2020           | <input type="checkbox"/> entre septembre et décembre 2020              |
|   |  | <input type="checkbox"/> entre janvier 2021 et aujourd'hui | <input type="checkbox"/> je ne me souviens pas                         |
|   | Cela a-t-il été confirmé par un médecin ?  | <input type="checkbox"/> non                               | <input type="checkbox"/> oui   |
|   | Êtes-vous restée plusieurs jours à l'hôpital à cause de cette infection au coronavirus ? | <input type="checkbox"/> non                               | <input type="checkbox"/> oui : combien de jours ? <input type="text"/> |
|   | Avez-vous eu besoin d'oxygène ?  | <input type="checkbox"/> non                               | <input type="checkbox"/> oui : combien de jours ? <input type="text"/> |
|   | Avez-vous été en service de réanimation ?  | <input type="checkbox"/> non                               | <input type="checkbox"/> oui : combien de jours ? <input type="text"/> |
|   | Avez-vous fait un séjour en rééducation cardiorespiratoire après l'hôpital ?             | <input type="checkbox"/> non                               | <input type="checkbox"/> oui : combien de jours ? <input type="text"/> |

**Merci d'indiquer pour chaque type de test ci-dessous si vous l'avez effectué.** Si oui, précisez la date et le résultat (si plusieurs mêmes tests dont les résultats sont différents, indiquez la date du positif ; si plusieurs tests positifs, indiquez la date du premier ; si plusieurs tests négatifs, indiquez la date du dernier) :

| Type de test  | non fait                 | fait                     | mois / année         | positif                  | incertain                | négatif                  |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Test virologique PCR (prélèvement dans le nez ; résultats en général après 24h)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Test antigénique (prélèvement dans le nez ; résultats en moins d'1h)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Test sérologique (analyse de sang ; résultats après 24h au moins)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Test de diagnostic rapide : TDR/TROD/ auto-test (analyse de sang ; résultats en moins d'1h) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Test salivaire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scanner pulmonaire  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Q13-5

## Covid-19 (suite)

Depuis janvier 2020, avez-vous présenté l'un des symptômes listés ci-dessous, **que vous n'aviez pas habituellement avant** ?

Merci de cocher ceux que vous avez eus. Puis, pour chacun, précisez sa durée et cochez s'il était présent au moment de votre infection au coronavirus, s'il est encore présent aujourd'hui et s'il a été associé à la Covid-19 (par un médecin ou vous-même) :

### Pour préciser la durée :

- 1 = moins d'une semaine
- 2 = de 1 à 2 semaines
- 3 = de 3 à 4 semaines
- 4 = de 5 à 8 semaines
- 5 = plus de 8 semaines

| Symptôme   | cochez si oui            | durée (indiquez un chiffre) | présent lors de votre infection au coronavirus | présent aujourd'hui      | associé à la Covid-19    |
|--|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Toux   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficultés respiratoires, essoufflement inhabituel  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs thoraciques, oppression   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palpitations   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mal au dos   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs articulaires (arthralgies, arthrite...)   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Courbatures, douleurs musculaires  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maux de tête   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie des nerfs du visage (paralysie faciale)   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Symptômes sensitifs (fourmillements, brûlures)   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de l'élocution  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles de l'audition   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nausées, vomissements  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diarrhées  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Constipations  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Douleurs à l'estomac   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du goût ou de l'odorat  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fièvre, température maximale : <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> °C | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fatigue inhabituelle   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Difficultés d'attention et/ou de concentration   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertiges   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Évanouissements, malaises  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles du sommeil  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles cutanés/dermatologiques   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Troubles dépressifs  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conjonctivite  | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre symptôme, précisez : .....   | <input type="checkbox"/> | .....                       | <input type="checkbox"/>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Cancers

Merci de nous adresser une copie des résultats en votre possession nous permettant de documenter la pathologie.

Cochez si oui. En cas de récurrence, merci d'indiquer la date du diagnostic le plus récent.

|   |   | mois                 | année                |
|---|---|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Sein :                         | <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Utérus :                       | <input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> corps   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ovaire                         |   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Intestin :                     | <input type="checkbox"/> côlon <input type="checkbox"/> rectum  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Estomac                        |   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde                       |   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Peau :                         | <input type="checkbox"/> basocellulaire <input type="text"/> / <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|   | <input type="checkbox"/> mélanome <input type="checkbox"/> autre, précisez : .....  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Poumon                         |   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sang :                         | <input type="checkbox"/> leucémie <input type="checkbox"/> lymphome <input type="checkbox"/> myélome <input type="checkbox"/> autre | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Autre cancer, précisez : ..... |   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## Noms et adresses de vos médecins et/ou établissements d'hospitalisation

afin que les médecins d'E3N puissent éventuellement contacter les vôtres pour obtenir un complément d'information.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Hospitalisations, y compris en soins de suite et à domicile

(depuis 2018 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N)

Précisez le motif de l'hospitalisation :

|         | mois                 | année                |
|---------|----------------------|----------------------|
| 1. .... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. .... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. .... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. .... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## Autres problèmes de santé importants non cités

|         | mois                 | année                |
|---------|----------------------|----------------------|
| 1. .... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. .... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. .... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

**Depuis mars 2020, vous avez dû repousser d'un mois ou plus :** (plusieurs réponses possibles)

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> une opération chirurgicale                   | <input type="checkbox"/> un examen de dépistage du cancer                             |
| <input type="checkbox"/> une consultation médicale                    | <input type="checkbox"/> un examen complémentaire (analyses biologiques, imagerie...) |
| <input type="checkbox"/> non, car je n'avais pas de rendez-vous prévu | <input type="checkbox"/> non, mes rendez-vous n'ont pas changé                        |

**Antécédents familiaux** \* lien de sang uniquement, exclure les adoptions et les demi-frères/sœurs

| Au cours de sa vie, l'un des membres de votre famille a-t-il souffert (ou souffre-t-il) de : | conjoint(e)              | mère*                    | père*                    | frère(s)*                | sœur(s)*                 | enfant(s)*               |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cancer du sein   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer colorectal  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer de la prostate  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer du testicule  | <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 l'utérus   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer de l'estomac  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer du pancréas   | <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"/> |
| Mélanome   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer du rein   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer de la thyroïde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cancer du poumon   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre cancer, précisez : .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie de Parkinson   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Polyarthrite rhumatoïde  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spondylarthrite ankylosante  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie de Crohn / Rectocolite hémorragique  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie thyroïdienne (hyper ou hypo-thyroïdie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie thrombo-embolique (phlébite, embolie pulmonaire)                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maladie cœliaque   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Q13-8

## Médicaments

Actuellement, combien de médicaments différents (avec ou sans ordonnance) prenez-vous **au moins 3 fois par semaine** ?

Si certains ne sont pas remboursés par l'assurance maladie ou que vous les achetez vous-même sans ordonnance (exemples : antalgiques, anti-inflammatoires, vitamines, minéraux, mélatonine, laxatifs, médicaments pour l'estomac...), merci de préciser lesquels :

.....

.....

.....

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de la vitamine D ?**  oui  non

Si oui :  en ampoule (1, 2, 3 ou plus dans l'hiver)  en dose quotidienne (gouttes, capsule, sachet ou comprimé)  huile de foie de morue

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris du zinc** (médicaments ou compléments alimentaires), **hors oligosol** ?  oui  non

Si oui : Il s'agissait de :  zinc seul  multivitamines-multiminéraux  complément alimentaire pour ongles/cheveux

Vous l'avez pris au total :  moins d'1 mois  1 à 3 mois  3 à 6 mois  plus de 6 mois

## Vaccination

Pendant l'hiver 2020-2021, avez-vous été vaccinée contre la grippe saisonnière ?  oui  non

**Êtes-vous vaccinée contre la Covid-19 ?**  oui  non

Si oui : À quelle date avez-vous eu votre 1<sup>ère</sup> injection ?  /  /   
jour mois année

Avez-vous reçu votre 2<sup>ème</sup> injection ?  oui  non  non concernée

Si oui, à quelle date avez-vous eu votre 2<sup>ème</sup> injection ?  /  /

Quel vaccin a été utilisé ?  PfizerNBIotech  Moderna  AstraZeneca  Janssen (Johnson & Johnson)  autre, précisez : .....  ne sais pas

Avez-vous eu de la fièvre suite à votre vaccination contre la Covid-19 ?  oui  non

Si oui, combien de temps après votre vaccination cette fièvre est-elle apparue ?  moins de 12 h après  entre 12 et 24 h après  plus de 24 h après

Si vous avez eu de la fièvre, combien de temps a-t-elle duré ?  une demi-journée ou moins  une journée  plus d'une journée

Si vous avez eu de la fièvre, veuillez préciser votre température maximale :  ,  °C

Si non, comptez-vous vous faire vacciner contre la Covid-19 ?  oui, dès que possible  oui, probablement  non, probablement pas  non, certainement pas  ne sais pas

Q13-9

| <b>Activité physique</b>  |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Au cours de l'année écoulée, combien d'heures avez-vous consacrées en moyenne <b>par semaine</b> :  |   | Hiver   | Été   |
| (indiquez le nombre d'heures pleines en moyenne. Ex. aucune = 0 ; 2h15 = 2 ; 2h30 = 3)  |   | heures / semaine  | heures / semaine                                  |
| À la marche (y compris pour faire des courses, pour vos loisirs...)   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| À faire du vélo (y compris pour faire des courses, pour vos loisirs...)   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Au jardinage et/ou au bricolage   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Aux tâches ménagères (cuisine, ménage...)   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Au sport (natation, gymnastique, tennis...)   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| À quelle fréquence pratiquez-vous des activités physiques modérées (ex. jardiner ou se promener) ?  | <input type="checkbox"/> plusieurs fois / semaine | <input type="checkbox"/> une fois / semaine                     |   |
|   | <input type="checkbox"/> une à trois fois / mois  | <input type="checkbox"/> presque jamais ou jamais               |   |
| <b>En moyenne, combien d'heures par jour restez-vous assise ?</b><br>(pendant les repas, devant la télévision, devant l'ordinateur, à lire... ) |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures / jour |   |
| Au cours du dernier mois, avez-vous manqué d'énergie pour réaliser les choses que vous vouliez faire ?  |   | <input type="checkbox"/> oui                                    | <input type="checkbox"/> non                      |

| <b>Déplacements</b>  |   |   |   |                          |                          |                          |
|--|---|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Actuellement, conduisez-vous une voiture ?                                   | <input type="checkbox"/> oui, régulièrement   |   | <input type="checkbox"/> oui, occasionnellement |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> non, vous n'avez jamais conduit                     | <input type="checkbox"/> non, vous avez cessé de conduire à : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans (âge) |   |   |                          |                          |                          |
| <b>Cochez...</b>   | car, bus  | tramway   | métro   | train                    | transport à la demande   | aucun                    |
| ... les moyens de transports accessibles à pied depuis votre logement :      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... ceux que vous utilisez, au moins une fois par semaine en moyenne :       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Actuellement, éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer ?</b>         |   |   |   |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> vous restez dans un lit ou au fauteuil              |   | <input type="checkbox"/> vous restez dans votre domicile    |   |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> vous restez dans votre quartier ou voisinage proche |   | <input type="checkbox"/> vous n'éprouvez aucune restriction |   |                          |                          |                          |

| <b>Chutes</b>  |   |                              |                                      |  |
|--|---|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Quand vous êtes debout, avez-vous peur de tomber ?               |   | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui, un peu | <input type="checkbox"/> oui, beaucoup |
| <b>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une chute ?</b> |   |                              | <input type="checkbox"/> oui         | <input type="checkbox"/> non           |
| Si oui :   | Avez-vous chuté plus d'une fois ?   |                              | <input type="checkbox"/> oui         | <input type="checkbox"/> non           |
|  | Lorsque vous êtes tombée, avez-vous eu besoin, au moins une fois, que quelqu'un vous aide pour vous relever ? |                              |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> non                                     | <input type="checkbox"/> oui, vous êtes restée moins de 5 minutes par terre, avant que l'on vous aide         |                              |                                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> oui, vous êtes restée entre 5 et 30 minutes par terre, avant que l'on vous aide      |                              |                                      |  |
|  | <input type="checkbox"/> oui, vous êtes restée plus de 30 minutes par terre, avant que l'on vous aide         |                              |                                      |  |

Q13-10

| <b>Oreilles et bruits</b>  |  |                            |                            |                            |                            |                            |   |                                      |                              |                                     |   |                          |
|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|--------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|
| Portez-vous un appareil auditif ?  |  |                            |                            |                            |                            |                            |   |                                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non        |   |                          |
| Si oui :   | Précisez depuis quelle année : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                            |                            |                            |                            |                            |   |                                      |                              |                                     |   |                          |
|  | Le portez-vous tous les jours ou presque ?   |                            |                            |                            |                            |                            |   |                                      |                              | <input type="checkbox"/> oui        | <input type="checkbox"/> non                            |                          |
|  | Le supportez-vous bien ?   |                            |                            |                            |                            |                            |   |                                      |                              | <input type="checkbox"/> oui        | <input type="checkbox"/> non                            |                          |
| <b>Pouvez-vous suivre une conversation téléphonique ?</b> (cochez un chiffre ci-dessous)                                     |  |                            |                            |                            |                            |                            |   |                                      |                              |                                     |   |                          |
| - sans appareil :  | (1 = impossible)   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | (5 = sans difficulté)                           |                                      |                              |                                     |   |                          |
| - avec appareil :  |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> Je n'ai pas d'appareil |                                      |                              |                                     |   |                          |
| <b>Pouvez-vous suivre une conversation dans un milieu bruyant ?</b> (cochez un chiffre ci-dessous)                           |  |                            |                            |                            |                            |                            |   |                                      |                              |                                     |   |                          |
| - sans appareil :  | (1 = impossible)   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | (5 = sans difficulté)                           |                                      |                              |                                     |   |                          |
| - avec appareil :  |  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> Je n'ai pas d'appareil |                                      |                              |                                     |   |                          |
| <b>De façon générale, dans quelle mesure êtes-vous sensible au bruit ?</b> (cochez un chiffre ci-dessous)                    |  |                            |                            |                            |                            |                            |   |                                      |                              |                                     |   |                          |
| (0 = pas du tout sensible)   | <input type="checkbox"/> 0   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6                      | <input type="checkbox"/> 7           | <input type="checkbox"/> 8   | <input type="checkbox"/> 9          | <input type="checkbox"/> 10 (10 = extrêmement sensible) |                          |
| <b>Si vous pensez aux 12 derniers mois, quand vous êtes chez vous, à quel point le bruit des transports vous gêne-t-il ?</b> |  |                            |                            |                            |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> extrêmement |                              | <input type="checkbox"/> beaucoup   |   |                          |
|  |  |                            |                            |                            |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> moyennement |                              | <input type="checkbox"/> légèrement |   |                          |
|  |  |                            |                            |                            |                            |                            |   | <input type="checkbox"/> pas du tout |                              |                                     |   |                          |
| Si vous pensez aux 12 derniers mois, quand vous êtes chez vous, à quel point les bruits suivants vous gênent-ils ?           |  |                            |                            |                            |                            |                            | extrême-ment                                    | beaucoup                             | moyenne-ment                 | légère-ment                         | pas du tout   | non concernée            |
| - bruits du trafic aérien  |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - bruits du trafic routier   |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - bruits du trafic ferré (RER, TGV, tram, TER...)  |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - bruits ponctuels du trafic (deux-roues motorisés, klaxons, sirènes, bennes à ordures)                                      |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - bruits extérieurs liés à la vie nocturne   |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - bruits extérieurs liés à des chantiers   |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - bruits extérieurs provenant de systèmes de climatisation ou de ventilation   |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - bruits liés à des sports mécaniques (karting, aviation de loisirs...)  |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - autres bruits extérieurs (école, aires de jeux...)   |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - bruits provenant des logements voisins (télévision ou cris)  |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |
| - sons de la nature (cours d'eau, oiseaux...)  |  |                            |                            |                            |                            |                            | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                                | <input type="checkbox"/> |

Q13-11

## Activités de la vie courante et autonomie

### Sans aide, avez-vous des difficultés :

(pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case)

|  | pas de difficulté        | quelques difficultés     | beaucoup de difficultés      | je ne peux pas du tout       |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - pour porter un sac de 5 kg comme un gros sac de provision ?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| - pour vous servir de vos mains et de vos doigts ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| - pour vous baisser, vous agenouiller ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| - à marcher 500 mètres ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| - à marcher 1 kilomètre ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| - pour monter ou descendre une douzaine de marches ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| - pour monter ou descendre un escalier de 2 étages ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| - pour réaliser un gros travail domestique ?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| Êtes-vous capable de vous lever d'une chaise sans accoudoirs 5 fois de suite ? |                          |                          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

### Les questions suivantes concernent vos activités quotidiennes.

Pour chacune d'entre elles, **cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.**

#### Capacité à utiliser le téléphone :

- Je n'ai pas le téléphone.
- Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros...
- Je compose un petit nombre de numéros bien connus.
- Je réponds au téléphone mais n'appelle pas.
- Je suis incapable d'utiliser le téléphone.

#### Faire les courses :

- Je fais toutes mes courses de façon indépendante.
- Je fais seulement les petits achats toute seule.
- J'ai besoin d'être accompagnée, quelle que soit la course.
- Je suis totalement incapable de faire les courses.

#### Moyen de transport :

- Je peux voyager seule et de façon indépendante (transports en commun ou voiture).
- Je peux me déplacer seule en taxi, pas en autobus.
- Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagnée.
- Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagnée.
- Je ne me déplace pas du tout.

#### Responsabilité pour la prise des médicaments :

- Je ne prends jamais de médicaments.
- Je m'occupe moi-même de la prise (dosage et horaire).
- Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance.
- Je suis incapable de les prendre de moi-même.

## Activités de la vie courante et autonomie (suite)

#### Capacité à gérer son budget :

- Je suis totalement autonome (gérer le budget, établir des chèques, payer des factures...).
- Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour ; j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme.
- Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à payer mes dépenses au jour le jour.

#### Préparation des repas :

- Je prévois, prépare et sers les repas de façon indépendante.
- Je les prépare si on me fournit les ingrédients.
- Je suis capable de réchauffer des plats déjà préparés.
- J'ai besoin qu'on me prépare et serve les repas.

#### Entretien de la maison :

- J'entretiens la maison seule ou avec une aide occasionnelle, par exemple pour les gros travaux.
- Je ne fais que les petits travaux d'entretien quotidiens (vaisselle, lit, petit bricolage...).
- Je fais les petits travaux, mais sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant.
- J'ai besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien de la maison.
- Je ne peux pas participer du tout à l'entretien de la maison.

#### Lessive :

- Je fais toute ma lessive personnelle ou la porte moi-même au pressing.
- Je lave les petites affaires.
- Toute la lessive doit être faite par d'autres.

#### Toilette (lavabo, bain ou douche) :

- Je n'ai besoin d'aucune aide pour ma toilette.
- J'ai besoin d'aide pour la toilette d'une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds).
- J'ai besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.

#### Habillage (prendre ses vêtements ; utiliser boutons et fermeture éclair) :

- Je n'ai besoin d'aucune aide.
- J'ai besoin d'aide uniquement pour lacer mes chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair.
- J'ai besoin d'aide pour prendre mes vêtements ou m'habiller, ou habillage impossible.

#### Aller aux W-C (pour uriner ou déféquer, s'essuyer, se rhabiller) :

- Je n'ai besoin d'aucune aide (possibilité de se rendre aux W-C avec canne, fauteuil roulant...).
- J'ai besoin d'aide.
- Je ne vais pas aux W-C.

#### Locomotion (pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise) :

- Je n'ai besoin d'aucune aide (possibilité d'utiliser une canne ou un déambulateur).
- J'ai besoin d'aide.
- Je ne quitte pas le lit.

#### Alimentation :

- Je n'ai besoin d'aucune aide.
- J'ai besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.
- J'ai besoin d'une aide complète ou alimentation artificielle.

## Activités de la vie courante et autonomie (fin)

### Depuis le début de l'épidémie (mars 2020), votre aide à domicile a-t-elle été modifiée ?

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> non, car je n'avais pas d'aide avant le début de l'épidémie | <input type="checkbox"/> oui, mon aide a diminué          |
| <input type="checkbox"/> non, mon aide n'a pas changé                                | <input type="checkbox"/> oui, mon aide a augmenté         |
|  | <input type="checkbox"/> oui, je n'ai plus d'aide du tout |

### Vous occupez-vous de personne(s) handicapée(s) ou dépendante(s) ? oui non

|          |  |                                    |                                      |                                     |                                |
|----------|--|------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Si oui : | Quel lien avez-vous avec cette/ces personne(s) ?                         |                                    |                                      |                                     |                                |
|          | <input type="checkbox"/> conjoint(e)                                     | <input type="checkbox"/> parent(s) | <input type="checkbox"/> enfant(s)   | <input type="checkbox"/> autre      |                                |
|          | Combien de temps au total <b>par semaine</b> lui (leur) consacrez-vous ? |                                    |                                      |                                     |                                |
|          | <input type="checkbox"/> temps plein                                     | <input type="checkbox"/> 21 h ou + | <input type="checkbox"/> de 7 à 20 h | <input type="checkbox"/> de 2 à 6 h | <input type="checkbox"/> moins |

## Qualité de vie

Voici des activités que vous pourriez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune, **indiquez si vous êtes gênée en raison de votre état de santé actuel :**

|   | oui, très gênée          | oui, un peu gênée        | non, pas du tout gênée   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - monter plusieurs étages par l'escalier  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Au cours des 4 dernières semaines...

#### ... et en raison de votre état physique :

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

#### ... et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveuse ou déprimée) :

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

#### ... vos douleurs physiques vous ont-elles gênée dans votre travail ou vos activités domestiques ?

|                                      |                                       |                                      |                                   |                                     |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pas du tout | <input type="checkbox"/> un petit peu | <input type="checkbox"/> moyennement | <input type="checkbox"/> beaucoup | <input type="checkbox"/> énormément |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

#### ... y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gênée dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

|  |  |  |                                   |                                 |
|--|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tout le temps | <input type="checkbox"/> une bonne partie du temps | <input type="checkbox"/> de temps en temps | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais |
|--|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|

#### ... y a-t-il eu des moments où :

|  | en permanence            | très souvent             | souvent                  | parfois                  | rarement                 | jamais                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - vous vous êtes sentie calme et détendue ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vous vous êtes sentie débordante d'énergie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vous vous êtes sentie triste et abattue ?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Qualité de vie (fin)

| Au cours des 4 dernières semaines...   | tous les jours           | presque tous les jours   | certains jours           | rarement                 | jamais                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ... avez-vous eu de fortes douleurs articulaires ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... votre raideur matinale a-t-elle duré plus d'une heure après votre réveil ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ... vos douleurs vous ont-elles gênée pour dormir ?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Sentiments - comportements

| Au cours de la semaine passée :<br>(pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case)                         | jamais, très rarement<br>(moins d'1 jour) | occasionnellement<br>(1 à 2 jours) | assez souvent<br>(3 à 4 jours) | fréquemment, tout le temps<br>(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"/>                    |



## Caractérisation du lieu de résidence

|   |  |  |  |   |                           |
|---|--|--|--|---|---------------------------|
| Vous habitez un(e) :  | <input type="checkbox"/> maison individuelle                             | <input type="checkbox"/> appartement, précisez l'étage : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |   |                           |
|   | <input type="checkbox"/> autre   |  |  |   |                           |
| Votre logement est construit principalement en :  | <input type="checkbox"/> pierre  | <input type="checkbox"/> parpaing  | <input type="checkbox"/> brique                    |   |                           |
|   | <input type="checkbox"/> béton   | <input type="checkbox"/> bois  | <input type="checkbox"/> terre (pisé, torchis)     |   |                           |
|   | <input type="checkbox"/> autre, précisez : .....                         |  |  |   |                           |
| Votre logement donne sur :  | <input type="checkbox"/> cour ou jardin exclusivement                    | <input type="checkbox"/> rue exclusivement   | <input type="checkbox"/> les deux                  |   |                           |
| Dans votre logement actuel, avez-vous accès à un jardin à usage privatif ?  |  | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non                       |   |                           |
| <b>Depuis combien de temps occupez-vous votre logement actuel ?</b>   |  |  |  |   |                           |
| <input type="checkbox"/> moins de 5 ans   | <input type="checkbox"/> de 5 à 9 ans                                    | <input type="checkbox"/> de 10 à 14 ans  | <input type="checkbox"/> de 15 à 19 ans            |   |                           |
| <input type="checkbox"/> de 20 à 24 ans   | <input type="checkbox"/> de 25 à 29 ans                                  | <input type="checkbox"/> 30 ans ou plus  |  |   |                           |
| <b>En quelle année votre logement a-t-il été construit ?</b>  |  |  |  |   |                           |
| <input type="checkbox"/> avant 1940   | <input type="checkbox"/> de 1940 à 1950                                  | <input type="checkbox"/> de 1950 à 1960  | <input type="checkbox"/> de 1960 à 1970            |   |                           |
| <input type="checkbox"/> de 1970 à 1980   | <input type="checkbox"/> de 1980 à 1990                                  | <input type="checkbox"/> après 1990  | <input type="checkbox"/> ne sais pas               |   |                           |
| Avez-vous une hotte dans votre cuisine ?  |  | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non                       |   |                           |
| Si oui, l'utilisez-vous ?   |  | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non                       |   |                           |
| Dans votre logement actuel, vous avez un(e) :   | <input type="checkbox"/> cheminée à foyer ouvert                         |  |  |   |                           |
|   | <input type="checkbox"/> cheminée à foyer fermé (insert ou poêle à bois) |  |  |   |                           |
|   | <input type="checkbox"/> poêle à granulés                                | <input type="checkbox"/> rien de tout cela   |  |   |                           |
| Si vous avez une cheminée ou un poêle, lors de la période froide de l'année, vous l'utilisez : <input type="checkbox"/> jamais          |  |  |  |   |                           |
| <input type="checkbox"/> moins d'1 fois / mois  | <input type="checkbox"/> tous les mois                                   | <input type="checkbox"/> toutes les semaines   | <input type="checkbox"/> tous les jours ou presque |   |                           |
| <b>Dans votre logement, à quelle fréquence vous arrive-t-il de :</b>  | jamais   | moins d'1 fois / mois  | tous les mois                                      | toutes les semaines                               | tous les jours ou presque |
| - brûler des bougies parfumées ?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  |
| - brûler de l'encens (papier d'arménie...) ?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  |
| - diffuser des huiles essentielles ?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  |
| - utiliser des bombes désodorisantes ?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>  |
| Avez-vous l'impression de vivre dans une zone où l'air extérieur est pollué ?   |  | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non                       | <input type="checkbox"/> ne sais pas              |                           |
| <b>Si vous habitez en ville,</b> avez-vous un espace vert (parc, jardin public) accessible à pied depuis votre résidence ?              |  | <input type="checkbox"/> oui   | <input type="checkbox"/> non                       | <input type="checkbox"/> je n'habite pas en ville |                           |
| Si oui, la présence de cet espace vert vous incite-t-elle à pratiquer une activité physique (marche rapide, jogging, Taïchi, vélo...) ? |  |  | <input type="checkbox"/> oui                       | <input type="checkbox"/> non                      |                           |

## Contacts sociaux et familiaux

Êtes-vous satisfaite de la qualité de vos relations avec les personnes de votre entourage ?

|  |  |  |                                       |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> très satisfaite | <input type="checkbox"/> plutôt satisfaite | <input type="checkbox"/> plutôt insatisfaite | <input type="checkbox"/> insatisfaite |
|--|--|--|---------------------------------------|

Combien d'ami(es) proche(s) avez-vous ?  0  1 ou 2  3 à 5  6 à 9  10 ou +

De combien de membre(s) de votre famille vous sentez-vous proche ?  aucun  1 ou 2  3 à 5  6 à 9  10 ou +

**Avec combien de ces amis proches ou membres de votre famille avez-vous des contacts au moins une fois par mois ?**  aucun  1 ou 2  3 à 5  6 à 9  10 ou +

Y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour discuter de choses personnelles ou pour prendre une décision difficile ?  oui  non

Aujourd'hui, combien de petits-enfants avez-vous ?

En moyenne, combien de jours par an êtes-vous avec un ou plusieurs de vos petits-enfants ?    jours par an

| Depuis le début de l'épidémie (mars 2020), à quelle fréquence, en moyenne, voyez-vous au moins un de vos : | tous les jours ou presque | au moins une fois par semaine | au moins une fois par mois | plusieurs fois par an    | une fois par an ou moins | je n'en ai pas (ou plus) |
|--|---------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| parents ?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| frères et sœurs ?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| enfants ?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| petits-enfants ?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ami(e)s ?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| autre(s) (voisins, association, aide...) ?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Depuis le début de l'épidémie (mars 2020), à quelle fréquence, en moyenne, avez-vous des contacts (téléphone, SMS, e-mail, visioconférence...) avec au moins un de vos : | tous les jours ou presque | au moins une fois par semaine | au moins une fois par mois | plusieurs fois par an    | une fois par an ou moins | je n'en ai pas (ou plus) |
|--|---------------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| parents ?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| frères et sœurs ?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| enfants ?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| petits-enfants ?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ami(e)s ?  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| autre(s) (voisins, association, aide...) ?   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Les questions suivantes concernent ce que vous pouvez ressentir, depuis mars 2020, à propos de différents aspects de votre vie.** Merci d'indiquer à quelle fréquence vous avez l'impression :

|                                    | presque jamais           | de temps en temps        | souvent                  |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - de manquer de compagnie          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de vous sentir exclue, à l'écart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - de vous sentir isolée des autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Sommeil</b>   |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>En moyenne, à quelle heure vous mettez-vous au lit ?</b>  |   | <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes   |  |
| En général, à quelle heure éteignez-vous la lumière (liseuse comprise) ?   |   | <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes   |  |
| Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?   |   | <input type="text"/> minutes   |  |
| En moyenne, à quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ?   |   | <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes   |  |
| Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?   |   | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours                                |  |
| Si oui :   | En moyenne, combien de fois par nuit ?  | <input type="text"/> fois par nuit   |  |
|  | Combien de temps <u>au total</u> ?  | <input type="text"/> minutes   |  |
| <b>Prenez-vous des médicaments pour dormir ?</b>   |   | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours                                |  |
| Êtes-vous sujette aux ronflements ?  |   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |  |
| Partagez-vous votre chambre à coucher avec quelqu'un qui ronfle ?  |   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |  |
| <b>Êtes-vous appareillée pour des apnées du sommeil ?</b>  |   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |  |
| Si oui, vous l'utilisez :  | <input type="checkbox"/> pendant toute la nuit <input type="checkbox"/> seulement une partie de la nuit |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> pendant la sieste <input type="checkbox"/> seulement occasionnellement         |  |  |
| <b>Après le repas de midi, avez-vous une envie irrésistible de dormir ?</b>  |   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |  |
| Combien de fois par semaine faites-vous la sieste ?  |   | <input type="text"/> fois par semaine  |  |
| Si oui, quel est le temps moyen d'une sieste ?   |   | <input type="text"/> minutes   |  |
| <b>Le soir, avez-vous l'habitude de lire avant de vous endormir ?</b>  |   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |  |
| Si oui :   | Quelle lumière utilisez-vous pour lire ?  | <input type="checkbox"/> lumière de la chambre à coucher (plafonnier)  |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> lampe de chevet <input type="checkbox"/> autre  |  |
| Sur quel(s) support(s) lisez-vous généralement ? (plusieurs réponses possibles)  |   |  |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> livre, journal, magazine papier <input type="checkbox"/> liseuse (Kindle, Kobo) <input type="checkbox"/> tablette, smartphone, ordinateur |  |
| Au total, comment décririez-vous l'intensité lumineuse de votre chambre à coucher pendant la nuit ?                                    |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> noir total  | <input type="checkbox"/> presque totalement noir  | <input type="checkbox"/> lumière tamisée   | <input type="checkbox"/> bien éclairée |
| Au total, comment décririez-vous l'environnement sonore (bruits intérieurs et extérieurs) de votre chambre à coucher pendant la nuit ? |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> silence presque total   | <input type="checkbox"/> peu bruyant  | <input type="checkbox"/> bruyant   | <input type="checkbox"/> très bruyant  |
| Utilisez-vous des bouchons d'oreille la nuit pour dormir ?   |   | <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> parfois   |  |
|  |   | <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours   |  |
| La chambre où vous dormez la nuit donne sur :  |   | <input type="checkbox"/> cour ou jardin <input type="checkbox"/> rue   |  |

Q13-18

## Allergies et intolérances

|  |  |   |   |                                 |
|--|--|---|---|---------------------------------|
| Vous a-t-on diagnostiqué (par test cutané ou sanguin) une allergie alimentaire imposant la suppression totale et définitive d'un (ou plusieurs) aliment(s) ? |  | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <i>année</i>                    |
| <b>Vous excluez complètement de votre alimentation, en raison d'allergie ou d'intolérance :</b>  | <input type="checkbox"/> le gluten   | <input type="checkbox"/> le lactose                         | <input type="checkbox"/> les laitages de vache                                      |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> la viande   | <input type="checkbox"/> le sucre                           | <input type="checkbox"/> les œufs   |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> les produits de la mer <input type="checkbox"/> autre, précisez : ..... |   |   |                                 |
| <b>Vous êtes allergique au(x) :</b>  | <input type="checkbox"/> poils d'animaux   | <input type="checkbox"/> acariens                           | <input type="checkbox"/> pollen   | <input type="checkbox"/> soleil |
|  | <input type="checkbox"/> piqûres de guêpe  | <input type="checkbox"/> médicaments, précisez : .....      |   |                                 |
| Si oui, cela vous provoque :   |  | <input type="checkbox"/> asthme                             | <input type="checkbox"/> rhume des foies  |                                 |
|  |  | <input type="checkbox"/> allergie cutanée                   | <input type="checkbox"/> conjonctivite  |                                 |

## Exposition au soleil

|  |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| <b>Au cours des dernières années (hors période Covid-19), entre avril et septembre :</b>                                 |   |  |  |   |   |
| - Combien de temps passiez-vous à l'extérieur au soleil (y compris pour aller faire vos courses) ?                       |   |  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> 1 heure / jour ou moins   | <input type="checkbox"/> 2 à 3 heures / jour  | <input type="checkbox"/> 4 heures / jour ou plus |  |   |   |
| - Utilisez-vous une protection solaire lorsque vous étiez au soleil ?  |   |  |  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   |
| Si oui :   | <input type="checkbox"/> crème solaire  | <input type="checkbox"/> lunettes de soleil      | <input type="checkbox"/> chapeau                     | <input type="checkbox"/> vêtements couvrants              |   |
|  | À quelle fréquence utilisiez-vous ces protections solaires lorsque vous étiez au soleil ? |  |  |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> moins de 25 % du temps   |  | <input type="checkbox"/> entre 25 % et 50 % du temps |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> entre 50 % et 75 % du temps                                      |  | <input type="checkbox"/> plus de 75 % du temps       |   |   |
| <b>Ces 5 dernières années, combien de fois avez-vous fait examiner votre peau par...</b>                                 |   |  |  |   |   |
| ... un dermatologue ?  |   | <input type="checkbox"/> 0                       | <input type="checkbox"/> 1-2                         | <input type="checkbox"/> 3-4                              | <input type="checkbox"/> 5 fois et plus |
| ... vous-même ou votre conjoint(e) ?   |   | <input type="checkbox"/> 0                       | <input type="checkbox"/> 1-2                         | <input type="checkbox"/> 3-4                              | <input type="checkbox"/> 5 fois et plus |
| <b>Au cours de votre vie, vous êtes-vous déjà fait enlever un grain de beauté par un dermatologue ou un chirurgien ?</b> |   |  |  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   |
| Si oui, combien de grains de beauté vous êtes-vous fait enlever en tout ?  |   |  |  | <input type="text"/> <input type="text"/>                 |   |

## Usage des médias pendant le premier confinement (mars-mai 2020)

|  |                            |   |  |  |
|--|----------------------------|---|--|--|
| Vous teniez-vous informée de l'actualité tous les jours ou presque ? |                            |   |  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      |
| Si oui :   | Par quel(s) média(s) ?     | <input type="checkbox"/> télévision             | <input type="checkbox"/> internet      | <input type="checkbox"/> radio <input type="checkbox"/> presse |
|  | Vous en avez ressenti de : | <input type="checkbox"/> l'anxiété              | <input type="checkbox"/> la dépression | <input type="checkbox"/> la colère                             |
|  |                            | <input type="checkbox"/> aucune de ces émotions |  |  |
| Avez-vous décidé de réduire votre temps d'informations ?             |                            |   |  | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non      |

Q13-19

## Traumatismes accidentels

**Au cours de votre vie**, avez vous déjà eu un accident de la route (voiture, vélo, piéton...) ayant nécessité des soins médicaux ?  oui  non

Si oui : En quelle année (si plusieurs, indiquez le plus grave) ?

En gardez-vous des séquelles ?  oui  non

**Au cours de votre vie**, avez-vous été impliquée dans un accident de la route dans lequel une personne, autre que vous, a été blessée ou est décédée ?  oui  non

Si oui, en quelle année ?

**Au cours de votre vie**, avez-vous eu un traumatisme crânien ?  oui  non

Si oui : En quelle année (si plusieurs, indiquez le premier) ?

avec perte de connaissance  sans perte de connaissance

## Consommation de tabac

Avez-vous déjà fumé dans votre vie ?  oui  non

Si oui :  vous fumez toujours :  occasionnellement  régulièrement (1 cigarette par jour ou plus)

vous avez arrêté, précisez votre âge à l'arrêt :   ans

## Consommation de boissons alcoolisées

| Au cours des 12 derniers mois, quelle a été, en moyenne, votre consommation d'alcool <b>par semaine</b> de : | Indiquez le <b>nombre de verres standard en moyenne par semaine</b> |
|--|---|
| Bière / cidre (verre standard = 250 ml) ?  | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |
| Vin rouge / vin blanc / vin rosé / champagne (verre standard = 125 ml) ?                                     | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |
| Apéritifs (vin cuit, Porto...) (verre standard = 70 ml) ?  | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |
| Alcools forts (Pastis, whisky, vodka, rhum...) (verre standard = 40 ml) ?                                    | <input type="text"/> <input type="text"/>                           |

## Étude familiale E3N-E4N : appel à volontariat !

Vos enfants et petits-enfants, ainsi que les pères de vos enfants qui ne participent pas encore à l'étude sont les bienvenus. Ils peuvent se préinscrire sur : [www.e4n.fr/preinscription](http://www.e4n.fr/preinscription)

Après les en avoir informés, vous pouvez aussi nous transmettre leurs coordonnées sur [www.e3n.fr/famille](http://www.e3n.fr/famille) ou en complétant la feuille « **Les membres de votre famille** » qui accompagne ce questionnaire, si vous avez eu des enfants.

Vous êtes arrivée à la fin de ce questionnaire.

**Nous vous remercions vivement pour votre précieuse collaboration.**