

ÉTAT DE SANTÉ DEPUIS JANVIER 1992

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

1 HOSPITALISATION

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉE DEPUIS JANVIER 1992 ?

NON OUI Mois Année

SI OUI, PRÉCISEZ À QUELLE DATE

POUR QUELLE RAISON

(si plusieurs hospitalisations, continuez sur papier libre)

2 MALADIES APPAREIL URINAIRE - APPAREIL DIGESTIF

INDIQUEZ LES MALADIES QUE VOUS AVEZ EUES EN NOIRCISSANT LA CASE CORRESPONDANTE

	DATE DE DIAGNOSTIC	
	Mois	Année
CALCULS RÉNAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFECTION URINAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CALCULS VÉSICULE, VOIES BILIAIRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ABLATION VÉSICULE BILIAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÉPATITE VIRALE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÉPATITE CHRONIQUE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DYSENTERIE AMIBIENNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APPENDICITE OPÉRÉE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIE DE CROHN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECTOCOLITE ULCÉRO-HÉMORRAGIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÉMORROÏDES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ULCÈRE DIGESTIF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTOMAC <input type="checkbox"/> DUODÉNUM <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
A-T-IL ÉTÉ CONFIRMÉ PAR FIBROSCOPIE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLYPPES INTESTINAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LES POLYPPES ONT-ILS ÉTÉ ENLEVÉS ?	NON <input type="checkbox"/>	OUI, par chirurgie <input type="checkbox"/>
		OUI, par résection endoscopique (ablation par les voies naturelles) <input type="checkbox"/>
POLYPOSE INTESTINALE FAMILIALE HÉRÉDITAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 CANCER

AVEZ-VOUS EU UN CANCER ? NON OUI

SI OUI, INDIQUEZ SA LOCALISATION EN NOIRCISSANT LA CASE CORRESPONDANTE

	DATE DE DIAGNOSTIC	
	Mois	Année
SEIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTÉRUS COL <input type="checkbox"/> CORPS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(endomètre)
OVAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESTOMAC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTESTIN COLON <input type="checkbox"/> RECTUM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
THYROÏDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEAU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POUMON	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRE : PRÉCISEZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 MALADIES VOIES RESPIRATOIRES - ORL

INDIQUEZ LES MALADIES QUE VOUS AVEZ EUES EN NOIRCISSANT LA CASE CORRESPONDANTE

	DATE DE DIAGNOSTIC	
	Mois	Année
RHUME DES FOINS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BRONCHITE CHRONIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMPHYSEME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINES FRÉQUENTES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRISE(S) D'ASTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous acceptez que le médecin de l'étude E3N contacte votre(vos) médecin(s) pour complément d'information éventuel, concernant les éléments décrits au recto ou au verso de cette feuille, indiquez ses(leurs) coordonnées :

5 DATE À LAQUELLE VOUS REPONDEZ À CE QUESTIONNAIRE

Mois Année

6 MALADIES CŒUR - CIRCULATION

INDIQUEZ LES MALADIES QUE VOUS AVEZ EUES EN NOIRCISSANT LA CASE CORRESPONDANTE

	DATE DE DIAGNOSTIC	
	Mois	Année
PHLEBITE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EMBOLE PULMONAIRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARTÉRITE MEMBRES INFÉRIEURS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYPOTENSION ARTÉRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TROUBLES DU RYTHME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE, "ATTAQUE"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGINE DE POITRINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INFARCTUS DU MYOCARDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 DIVERS

INDIQUEZ LES MALADIES QUE VOUS AVEZ EUES EN NOIRCISSANT LA CASE CORRESPONDANTE

	DATE DE DIAGNOSTIC	
	Mois	Année
ECZÉMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTRES PROBLÈMES ALLERGIQUES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez en clair	_____	
DIABÈTE INSULINO-DÉPENDANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABÈTE NON INSULINO-DÉPENDANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MALADIE THYROÏDIENNE BÉNIGNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HYPER <input type="checkbox"/> HYPO <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIGRAINES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DÉPRESSION, TROUBLES PSYCHOLOGIQUES AYANT NECESSITÉ UN TRAITEMENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 AUTRE MALADIE NON CITÉE DONT VOUS SOUFFREZ ACTUELLEMENT (en clair)

9 EXAMENS PRATIQUES DEPUIS JANVIER 1992

- FROTTIS CERVICO-VAGINAL : NON OUI Mois Année

SI OUI, DATE DU PLUS RÉCENT : _____

RÉSULTAT DU PLUS RÉCENT : NORMAL ANORMAL NE SAIT PAS

SI ANORMAL, CONCLUSION EN CLAIR _____

- MAMMOGRAPHIE : NON OUI Mois Année

SI OUI, DATE DE LA PLUS RÉCENTE : _____

RÉSULTAT DE LA PLUS RÉCENTE : NORMAL ANORMAL NE SAIT PAS

MERCI D'INDIQUER SI POSSIBLE LA CONCLUSION EN CLAIR : _____

- ÉCHOGRAPHIE MAMMAIRE : NON OUI Mois Année

SI OUI, DATE DE LA PLUS RÉCENTE : _____

RÉSULTAT DE LA PLUS RÉCENTE : NORMAL ANORMAL NE SAIT PAS

MERCI D'INDIQUER SI POSSIBLE LA CONCLUSION EN CLAIR : _____

- RECHERCHE DE SANG DANS LES SELLES : NON OUI Mois Année

SI OUI, DATE DE LA PLUS RÉCENTE : _____

RÉSULTAT DE LA PLUS RÉCENTE : NORMAL ANORMAL NE SAIT PAS

- COLOSCOPIE : NON OUI Mois Année

SI OUI, DATE DE LA PLUS RÉCENTE : _____

RÉSULTAT DE LA PLUS RÉCENTE : NORMAL ANORMAL NE SAIT PAS

- LAVEMENT BARYTÉ : NON OUI Mois Année

SI OUI, DATE DU PLUS RÉCENT : _____

RÉSULTAT DU PLUS RÉCENT : NORMAL ANORMAL NE SAIT PAS

- NOIRCISSEZ ENTièrement LA CASE CHOISIE :

- NE FAITES PAS

- ÉVITEZ DE GOMMER, NE RATUREZ PAS

- NE FROISSEZ PAS LE QUESTIONNAIRE

11 SUIVEZ-VOUS UN RÉGIME ALIMENTAIRE ? NON OUI

DEPUIS QUELLE DATE

NATURE DU RÉGIME	PAUVRE EN SEL	<input type="checkbox"/>	DEPUIS QUELLE DATE	
			Mois	Année
ANTIDIABÉTIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ANTICHOLESTÉROL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AMAIGRISSANT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VEGÉTARIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
AUTRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CE RÉGIME EST-IL ASSOCIÉ À LA PRISE DE MÉDICAMENTS ?

NON OUI

SI OUI, LE(S)QUEL(S) ? _____

12 DEPUIS JANVIER 92, AVEZ-VOUS EU L'UN DES EXAMENS SUIVANTS ?

CHOLESTÉROL		TENSION ARTÉRIELLE	
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
résultat le plus récent :		résultat le plus récent :	
en G/L	en mmol/L	maxi	mini
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

13 DEPUIS JANVIER 1992, AVEZ-VOUS EU UNE MALADIE BENIGNE DU SEIN ? (SI plusieurs, préciser sur papier libre)

- SI OUI, À QUELLE DATE ? Mois Année

- TYPE DE MALADIE

ADÉNOME - FIBRO-ADÉNOME (nodule bénin non kystique)	<input type="checkbox"/>	ABLATION DE LA LÉSION	<input type="checkbox"/>
KYSTE DU SEIN (nodule à contenu liquide)	<input type="checkbox"/>	ABLATION 1 SEIN	<input type="checkbox"/>
MALADIE FIBRO-KYSTIQUE, M. DE RECLUS	<input type="checkbox"/>	2 SEINS	<input type="checkbox"/>
MASTODYNIE (seins douloureux cycliques en dehors de la grossesse, nécessitant un traitement)	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT HORMONAL	<input type="checkbox"/>
LIPOME ("boule" graisseuse)	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT AUTRE	<input type="checkbox"/>
MASTOSE (seins denses associés ou non à plusieurs nodules)	<input type="checkbox"/>	PAS DE TRAITEMENT	<input type="checkbox"/>
ÉCARTÈLEMENT NON LACTÉ DU MAMELON (en dehors grossesses)	<input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>
ADÈS DU SEIN (en dehors grossesse)	<input type="checkbox"/>	- COCHEZ LES EXAMENS QUE VOUS AVEZ SUBIS POUR CETTE MALADIE	
AUTRE (en clair) _____	<input type="checkbox"/>	BIOPSION	<input type="checkbox"/>
NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>	MAMMOGRAPHIE	<input type="checkbox"/>
		ECHOGRAFIE	<input type="checkbox"/>
		THERMOGRAPHIE	<input type="checkbox"/>
		NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>
		- ÉTAIT-CE LE SEIN	
		DROIT	<input type="checkbox"/>
		GAUCHE	<input type="checkbox"/>
		LES 2 SEINS	<input type="checkbox"/>
		NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>

14 DEPUIS JANVIER 1992, AVEZ-VOUS EU UNE MALADIE DE L'UTÉRUS OU DE L'OVAIRE ? (SI plusieurs, préciser sur papier libre)

- SI OUI, À QUELLE DATE ? Mois Année

- TYPE DE MALADIE

POLYPE(S) UTRÉRIN(S)	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT HORMONAL	<input type="checkbox"/>
FIBROME UTRÉRIN	<input type="checkbox"/>	MÉDICAMENT AUTRE	<input type="checkbox"/>
ENDOMÉTRIOSE	<input type="checkbox"/>	PAS DE TRAITEMENT	<input type="checkbox"/>
KYSTE DE L'OVAIRE	<input type="checkbox"/>	NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>
TROUBLES DU ARRÊT DES RÈGLES AYANT BESOIN D'UN TRAITEMENT	<input type="checkbox"/>	- COCHEZ LES EXAMENS QUE VOUS AVEZ SUBIS POUR CETTE MALADIE	
AUTRE (en clair) _____	<input type="checkbox"/>	BIOPSIE	<input type="checkbox"/>
NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>	COELIOSCOPIE	<input type="checkbox"/>
		HYSTÉROGRAPHIE	<input type="checkbox"/>
		HYSTÉROSCOPIE	<input type="checkbox"/>
		ECHOGRAFIE	<input type="checkbox"/>
		NE SAIT PAS	<input type="checkbox"/>

15 CYCLES MENSTRUELS :

QUELLE EST VOTRE SITUATION ACTUELLE ?

VOUS ÊTES RÉGLÉE, SANS AUCUN TRAITEMENT HORMONAL

- DANS CE CAS, VOS CYCLES SONT-ILS DE :

24 jours ou moins 25-26 27-29 30-31 32 jours ou plus irréguliers

- DANS LES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN AVEZ-VOUS EU DE MENSTRUATIONS (RÈGLES) ?

VOUS ÊTES RÉGLÉE ET SOUS TRAITEMENT HORMONAL (pilule œstroprogestative, trait. progestatif, trait. substitutif de la ménopause)

VOUS N'ÊTES PLUS RÉGLÉE

- DEPUIS QUELLE DATE ? Mois Année

ÉPROUVEZ-VOUS DES EFFETS SECONDAIRES DE LA MÉNopause ? (BOUFFÉES DE CHALEUR...)

NON OUI

SI OUI, DEPUIS QUELLE DATE ? Mois Année

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

HB UTILISEZ UN CRAYON PAPER HB (en rouge gras, d'au moins 2 mm)

- NOIRCISSEZ ENTièrement LA CASE CHOISIE

- NE FAITES PAS :

- ÉVITEZ DE GOMMER, NE RATUREZ PAS

- NE FROISSEZ PAS LE QUESTIONNAIRE

LORSQU'IL Y A UNE RÉPONSE À UNE QUESTION EST "NON" OU "ZÉRO", N'oubliez PAS DE NOIRCIR LA CASE CORRESPONDANTE, SINON L'INFORMATION NE POURRA PAS ÊTRE PRISE EN COMPTE.

EXEMPLE : "AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ DEPUIS JANVIER 1992 ?"

SI VOTRE RÉPONSE EST "NON" NOIRCIR : NON OUI

16 AVEZ-VOUS PRIS UN (DES) TRAITEMENT(S) HORMONAL (UX) DEPUIS JANVIER 1992 ?

NOM DU MÉDICAMENT	DATE DÉBUT UTILISATION		SI OUI, INDIQUEZ DURÉE UTILISATION (en mois)
	Mois	Année	
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(continuer sur papier libre)

17 AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN EXAMEN D'OSTÉODENSITOMETRIE ? (mesure de la masse osseuse)

NON OUI SI OUI, ANNÉE DU DERNIER

18 ÊTES-VOUS (OU AVEZ-VOUS ÉTÉ) TRAITÉE POUR OSTÉOPOROSE, PAR TRAITEMENT NON HORMONAL ?

NOM DU MÉDICAMENT	DATE DÉBUT UTILISATION		SI OUI, INDIQUEZ DURÉE UTILISATION (en mois)
	Mois	Année	
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(continuer sur papier libre)

19 AVEZ-VOUS EU, DEPUIS L'ÂGE DE 18 ANS UNE OU PLUSIEURS FRACTURES ?

NON OUI SI OUI, INDIQUEZ PAR FRACTURE :

1^{ère} fract. 2^{ème} fract. 3^{ème} fract. 4^{ème} fract. 5^{ème} fract.

- L'ANNÉE : _____

- LA CIRCONSTANCE

1 = accident circulation, 2 = chute précédée d'un malaise, 3 = chute accidentelle, 4 = autre

- LA LOCALISATION

0 = coude - bras - épaule - clavicule, 1 = poignet - avant-bras, 2 = main - doigt, 3 = côte - sternum, 4 = hanche - col du fémur, 5 = jambe - genou (rotule) - cuisse (fémur) - bassin, 6 = cheville - pied, 7 = vertèbres, 8 = orteil - nez, 9 = os de la face et du crâne

(pour "circonstance" et "localisation", reportez dans ce tableau les chiffres correspondant à votre choix)

20 Y A-T-IL EU UNE (DES) FRACTURE(S) DU COL DU FÉMUR DANS VOTRE FAMILLE ? (liens de sang et non famille d'adoption)

- PÈRE NON OUI NE SAIT PAS

- MÈRE NON OUI NE SAIT PAS

- FRÈRES NON OUI NE SAIT PAS PAS DE FRÈRES

- SŒURS NON OUI NE SAIT PAS PAS DE SŒURS

21 QUEL MOT DÉCRIT LE MIEUX VOTRE TRANSIT INTESTINAL ACTUELLEMENT ?

NORMAL DIARRHÉE CONSTIPATION ALTERNANCE

DIARRHÉE - CONSTIPATION

22 QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE VOS SELLES ? (un moyen)

1 ou plus par jour 3 à 6 par semaine 2 ou moins par semaine

23 AVEZ-VOUS EU DES DIVERTICULES AU COLON ?

NON OUI NE SAIT PAS

24 FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?

NON, JE N'AI JAMAIS FUMÉ OUI, RÉGULIÈREMENT

(au moins 1 cig./jour)

NON, J'AI ARRÊTÉ OUI, OCCASIONNELLEMENT

DEPUIS

Mois Année