



TRÈS IMPORTANT :

- Ecrivez avec un stylo ou un feutre noir
- Inscrivez les chiffres - dans les cases, sans dépasser, lisiblement
- ne pas faire de trait dans la case, ne pas rayer si vous n'avez rien à remplir

Exemple : pour Mars 97 0 3 9 7

- Quelle est votre date de naissance ? pour vérification

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Jour Mois Année

- Date à laquelle vous répondez à ce questionnaire :

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
 Jour Mois Année

- 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 oestroprogestative, traitement progestatif, traitement substitutif de la ménopause*

Vous n'êtes plus réglée

- Êtes-vous sous traitement hormonal ? Non Oui

- Avez-vous subi une ablation de l'utérus ? Non Oui

si oui, à quelle date ? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ de quel type ?

 Mois Année

- utérus seul
 - avec ablation d'un ovaire
 - avec ablation des 2 ovaires

- Avez-vous éprouvé des effets secondaires de la ménopause ? Oui Non

si oui date de début ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mois Année

ou durée (mois) ☐ ☐

date de fin ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Mois Année

Encore actuellement Oui Non

- Traitements Hormonaux pris depuis janvier 1995, ou depuis votre réponse au dernier questionnaire :

Nom du médicament <i>Merci de spécifier la forme : orale, injectable, crème, patch...</i>	Date début utilisation		Durée (en mois)	Encore en cours (croix si oui)
	Mois	Année		
<small>(en majuscule svp)</small>	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>
	☐ ☐	☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐	<input type="checkbox"/>



- Autres traitements médicamenteux : En prenez-vous actuellement, au moins trois fois par semaine ?

Non Oui si oui, indiquez le type (ex : anti-hypertenseurs, psychotropes etc) :

- Tabac : Fumez-vous actuellement ?

Non, je n'ai jamais fumé (passez à la question suivante)

Non, je ne fume plus

à quel âge avez-vous arrêté ? ans

j'ai fumé régulièrement (au moins une cigarette par jour) occasionnellement

j'ai fumé cigarettes/jour pendant ans
(en moyenne)

Oui, je fume régulièrement (au moins une cigarette par jour) occasionnellement

je fume cigarettes/jour depuis ans
(en moyenne)

- Activité physique : Indiquez ce qui décrit le mieux votre activité pendant la journée :

Vous êtes assise la majeure partie de la journée

Vous êtes debout, mais votre activité ne requiert pas d'effort physique particulier

Votre activité requiert des efforts physiques

- Au cours d'une semaine-typique de l'année passée, quel temps avez-vous consacré à :

Nombre d'heures par semaine
en hiver en été

la marche *y compris pour aller au travail, faire des courses, pour vos loisirs...*

la bicyclette *y compris pour aller au travail, pour vos loisirs...*

au jardinage

au bricolage

au sport *natation, gymnastique, tennis...*

aux tâches ménagères *ménage, cuisine...*

	en hiver		en été	
la marche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
la bicyclette	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
au jardinage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
au bricolage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
au sport	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
aux tâches ménagères	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Avez-vous pratiqué l'une de ces activités assez vigoureusement pour provoquer accélération du pouls ou transpiration ?

Non Oui

si oui, combien d'heures par semaine au total ? en hiver : en été :

- Quelle est actuellement votre consommation d'alcool ?

Jamais Moins d'un verre par semaine Plus d'un verre par semaine : nbre de verres par sem.

(un verre standard)

Bière, cidre *(un verre standard = 250 ml)*

Vin rouge *(" = 125 ml)*

Vin blanc *(" = 125 ml)*

Vin cuit *(" = 70 ml)*

Alcools forts, whisky, pastis... *(" = 40 ml)*

	Moins d'un verre par semaine		Plus d'un verre par semaine	
Bière, cidre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vin rouge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vin blanc	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vin cuit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alcools forts, whisky, pastis...	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Quel est votre poids actuel ? kg

- Quelle est votre commune de naissance ?

pour vérification

Département
ou Pays

Commune

- Quel est votre statut marital actuel ? Célibataire Vit en couple Veuve Séparée Divorcée

- Dans les 5 dernières années, avez-vous eu des grossesses terminées par une naissance ? Non Oui

si oui, en quelle année 19 19 19

- Avez-vous actuellement une activité professionnelle ? Non Oui

- Dépendez-vous toujours de la MGEN ? Oui, en tant que Mutuelle Oui, en tant que Centre de Sécurité Sociale

Non, depuis quelle date : 19



MISE A JOUR DE VOTRE ETAT DE SANTE DEPUIS 1990

Depuis Juin 1990, avez-vous eu une maladie bénigne du sein ?

Non Oui à quelle date ?
Mois Année

Type de maladie

<input type="checkbox"/> Adénome - Fibro adénome			
<input type="checkbox"/> Mastodynie			
<input type="checkbox"/> Kyste du sein			
<input type="checkbox"/> Lipome			
<input type="checkbox"/> Abscess du sein			
<input type="checkbox"/> Ecoulement non lacté du mamelon			
<input type="checkbox"/> Maladie fibro-kystique			
<input type="checkbox"/> Mastose			
<input type="checkbox"/> Autre précisez en clair : _____			

Etait-ce le sein ?

Droit Gauche
 Les 2 seins Ne sait plus

Examens subis pour cette maladie :

Cytoponction Biopsie

Traitement

Ablation de la lésion Ablation 1 sein 2 seins
 Médicament hormonal Médicament autre
 Pas de traitement Ne sait plus

Depuis Juin 1990, avez-vous eu une maladie de l'utérus ou de l'ovaire ?

Non Oui à quelle date ?
Mois Année

Type de maladie

<input type="checkbox"/> Polype(s) utérin(s)			
<input type="checkbox"/> Endométriose			
<input type="checkbox"/> Fibrome utérin			
<input type="checkbox"/> Trouble ou arrêt des règles ayant nécessité un traitement			
<input type="checkbox"/> Kyste de l'ovaire			
<input type="checkbox"/> Autre précisez en clair : _____			

Avez-vous eu une biopsie ? Non Oui

Traitement

Chirurgie Médicament hormonal Médicament autre
 Pas de traitement Ne sait plus

Examens pratiqués depuis Juin 1990

Résultat(s) :

Frottis tous normaux anormal* ne sait pas
 Mammographie tous normaux anormal* ne sait pas
 Ostéodensitométrie tous normaux anormal* ne sait pas
 Coloscopie tous normaux anormal* ne sait pas
 Recherche de sang dans les selles tous normaux anormal* ne sait pas

* au moins un était anormal

Si l'un de ces examens était **anormal**, précisez en clair de quel examen il s'agit, sa date et sa conclusion :

Quel mot décrit le mieux votre transit intestinal ?

Normal Diarrhée Constipation Alternance
Diarrhée-Constipation

Quelle est la fréquence de vos selles ? en moyenne

1 ou plus par jour 3 à 6 fois par sem. 2 ou moins par sem.

Si vous acceptez que le médecin de l'étude «E3N» contacte votre (vos) médecin(s) pour complément d'informations éventuel, indiquez ses (leurs) coordonnées (en majuscule svp) :

Quel est votre N° de téléphone ? (facultatif pour demande éventuelle d'information complémentaire)

Conformément aux dispositions de la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que :
- l'équipe INSERM chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous nous transmettez ; - toutes les questions sont importantes et sera satisfaites, dans la mesure du possible, obtenir une réponse pour chacune d'elles ; - sur votre demande, les informations personnelles vous concernant pourront vous être communiquées et les informations médicales communiquées au médecin de votre choix ; - si vous consentez aux usages, vous pouvez objecter qu'elles soient corrigées. Il est possible de cesser de participer au cours d'étude.



ETAT DE SANTE DEPUIS 1990 (SUITE)

Maladie appareil urinaire ou digestif

Date de diagnostic
Mois Année

- Calculs rénaux
- Infection urinaire
- Calculs (vésicule, voies biliaires)
- Ablation vésicule biliaire
- Hépatite virale
 - A B C Autre
- Hépatite chronique
 - A B C Autre
- Dysenterie amibienne
- Maladie de Crohn
- Rectocolite ulcéro-hémorragique
- Hémorroïdes
- Ulcère digestif
 - Estomac Duodénum Ne sait pas
 - Confirmé par fibroscopie ? Non Oui
- Polypes intestinaux
 - Ont-ils été enlevés ?
 - Non Oui, par chirurgie Oui, par résection endoscopique (ablation par voies naturelles)
- Polypose intestinale familiale héréditaire
- Diverticules au colon

Maladie cœur - circulation

Mois Année

- Phlébite
- Embolie pulmonaire
- Artérite membres inférieurs
- Hypertension artérielle
- Hypotension artérielle
- Troubles du rythme
- Angine de poitrine
- Infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral, Hémorragie cérébrale, «attaque»

Maladies voies respiratoires - ORL

- Bronchite chronique
- Emphysème
- Tuberculose
- Crise(s) d'asthme

Cancer

merci de nous adresser copie des documents en votre possession nous permettant d'authentifier la pathologie

Mois Année

- Sein
- Utérus : Col Corps
- Ovaire
- Estomac
- Intestin : Colon Rectum
- Thyroïde
- Peau
- Poumon
- Autre cancer, précisez : _____

Autres

Mois Année

- Diabète insulino-dépendant
- Diabète non insulino-dépendant
- Maladie thyroïdienne bénigne
 - Hyper Hypo Autre Ne sait pas
- Dépression, troubles psychologiques ayant nécessité un traitement
- Fractures
 - Localisation et date _____
- Angines fréquentes
- Migraines
- Eczéma
- Autres problèmes allergiques
 - Précisez _____

Autre(s) maladie(s) non citée(s)

Avez-vous déjà été, dans votre vie, hospitalisée pour :

Mois Année

- Cancer
- Infarctus du myocarde
- Accident vasculaire cérébral
- Diabète

si oui, merci d'indiquer les coordonnées de l'établissement de soins où vous avez été hospitalisée pour compléter éventuel d'informations sur cette (ces) affection(s) et de nous adresser les documents en votre possession nous permettant d'authentifier la pathologie

(en majuscule svp)

Autres hospitalisations, depuis juin 1990 ?

- Non Oui

- si oui, à quelle date ?

pour quel motif ?

Mois Année

(en majuscule svp)

Mois	Année	Motif

