

Q9 2008

MERCI DE NE PAS RAYER, NE PAS DEBORDER DES CASES, ECRIRE AVEC UN STYLO NOIR, EN MAJUSCULES D'IMPRIMERIE

DATE DE RÉPONSE / / 2 0 0

Jour Mois Année

VOTRE DATE DE NAISSANCE (pour vérification)

/ / 1 9

Jour Mois Année

VOTRE STATUT MARITAL ACTUEL

célibataire mariée / en couple

veuve divorcée / séparée

VOS COORDONNÉES (facultatif ; pour d'éventuelles précisions)

Téléphone principal (fixe/portable) - - - - - Autre - - - - -

Adresse électronique

MISE À JOUR DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

DEPUIS 2005 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N, avez-vous eu l'une des maladies suivantes ?

Maladie de l'appareil digestif ou urinaire	Cochez si oui	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Calculs vésicule / voies biliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ablation de la vésicule biliaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hépatite chronique B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulcère estomac / duodénum	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maladie de Crohn / Recto-colite hémorragique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polypes intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Diverticules du côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anomalies transaminases / γ GT	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Calculs reins / vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Avez-vous déjà été traitée pour des fuites involontaires d'urine par :			
chirurgie <input type="checkbox"/>	médicaments <input type="checkbox"/>		
rééducation <input type="checkbox"/>	autre traitement <input type="checkbox"/>		

VOS MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES ACTUELLES

(en sous-vêtements et à jeun)

Poids	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg
Taille	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
Tour de taille (sous les côtes)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
Tour de taille (au niveau du nombril)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
Tour de hanches	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm

Maladie du cœur ou de la circulation	Cochez si oui	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Accident vasculaire cérébral, hémorragie cérébrale, attaque	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artérite des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hypertension <input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Troubles du rythme cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Maladie des voies respiratoires	Cochez si oui	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Maladie musculo-squelettique	Cochez si oui	Date de diagnostic	
		Mois	Année
Pseudo polyarthrite rhizomélisque / Horton	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Date de la plus récente</i>			
<i>Mois Année</i>			
Fracture	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Y a-t-il eu une (des) fracture(s) du col du fémur dans votre famille ?			
Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Sœurs <input type="checkbox"/>	Frères <input type="checkbox"/>

Crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine Non Oui

Crises d'asthme Non Oui

Si oui :

Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ? Non Oui

Avez-vous été traitée pour vos crises ? Non Oui

Fréquence dans les 12 derniers mois

1 ou +/jour 1 ou +/semaine 1 ou +/mois moins de 1/mois

Age à la première crise

Conformément aux dispositions de la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que : - l'équipe INSERM chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; - celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer prévention, détection et prise en charge de certaines pathologies ; - sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront vous être communiquées et les informations médicales communiquées au médecin de votre choix. Si vous constatez des erreurs vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées ; il est possible de cesser de participer en cours d'étude.

Maladie bénigne de la peau	Cochez si oui	Date de diagnostic							
		Mois	Année						
Eczéma, allergie cutanée	<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"/>				
Vitiligo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				

Maladie endocrinienne	Cochez si oui	Date de diagnostic							
		Mois	Année						
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
traité par : insuline <input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> régime alimentaire <input type="checkbox"/>									
Maladie thyroïdienne bénigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Hyper <input type="checkbox"/> Hypo <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/>									

Maladie neurologique	Cochez si oui	Date de diagnostic							
		Mois	Année						
Maladie d'Alzheimer	<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"/>				
Dépression, troubles psychologiques ayant nécessité un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				

Maladie bénigne de l'utérus, de l'ovaire ou du sein	Cochez si oui	Date de diagnostic							
		Mois	Année			Sein Droit	Gauche		
Polype(s) utérin(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Endométriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Fibrome utérin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Kyste de l'ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Adénome du sein / Fibro-adénome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Maladie fibro-kystique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Autre maladie bénigne (utérus, ovaire, sein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Précisez :									

Le diagnostic a-t-il été confirmé par :		Date							
		Mois	Année						
Cytoponction	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Biopsie	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Autre	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				

Traitement (utérus, ovaire, sein) depuis 2005 /votre dernière réponse		Date du traitement							
		Mois	Année						
Ablation totale ou partielle de :	un sein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
	2 seins <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Ablation totale ou partielle de :	utérus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
	1 ovaire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
	2 ovaires <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Médicament : hormonal <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				

Cancer		Date de diagnostic							
Merci de nous adresser une copie des résultats en votre possession nous permettant de documenter la pathologie		Mois	Année						
Sein :	droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Utérus :	col <input type="checkbox"/> corps <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Intestin :	côlon <input type="checkbox"/> rectum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Peau :	baso <input type="checkbox"/> spino <input type="checkbox"/> mélanome <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Autre cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
Précisez									

VOS MÉDECINS Si vous acceptez que le médecin d'E3N contacte vos médecins pour compléments d'informations éventuels, indiquez leurs coordonnées ainsi que, le cas échéant, celles de l'établissement d'hospitalisation:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTRES MALADIES NON CITÉES EN MAJUSCULES
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HOSPITALISATIONS DEPUIS 2005		ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N							
MOTIF (EN MAJUSCULES)		Date							
		Mois	Année						
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>				

EXAMENS PRATIQUÉS DEPUIS 2005 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N

Si vous en avez eu plusieurs, précisez le résultat du plus récent.

	Cochez si oui	Date du plus récent (mois/année)	Normal	Anormal	Si résultat anormal, précisez ses conclusions
Frottis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recherche de sang dans les selles	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Cochez si oui	Date du plus récent (mois/année)	Traité(e)	Non-traité(e)	* Valeur sous traitement (attention à l'unité)
Cholestérol total*	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmol/l ou <input type="text"/> g/l
Cholestérol HDL*	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmol/l ou <input type="text"/> g/l
Cholestérol LDL*	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmol/l ou <input type="text"/> g/l
Glycémie*	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmol/l ou <input type="text"/> g/l
Triglycérides*	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mmol/l ou <input type="text"/> g/l
Ostéodensitométrie*	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	T score : vertèbres <input type="text"/> col fémur <input type="text"/>		g/cm ² Attention : recopiez T score et non Z score
Tension artérielle*	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systolique (maxi) <input type="text"/> Diastolique (mini) <input type="text"/>

MÉDICAMENTS ET COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES

A. Depuis 2005 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N, avez-vous pris des compléments en **phyto-estrogènes (soja, ...)** ou en **phyto-progestatifs (gattilier, yam, ...)** ?

Non (Passez à la question B) Oui Indiquez ci-dessous les produits, quantités et dates (même si approximatives). Utilisez plusieurs lignes si l'un des produits a été pris à des périodes distinctes.

NOM du Phyto-estrogène En majuscules, continuez sur papier libre si besoin	Dose indiquée sur la boîte	Nombre de jours de prise / mois	Quantité / jour de prise	Date de début		Date de fin		ou en cours cochez si oui
				Mois	Année	Mois	Année	
Ex. PHYTOSOYA 35mg	35 mg	2 1	2	0 3	2 0 0 7			X
1.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

B. Depuis 2005 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N, avez-vous pris un **complément alimentaire** : vitamines, minéraux, extraits ou concentrés de plantes, acides aminés, protéines, acides gras essentiels (ex. oméga 3, ...) ?

Attention : >il peut s'agir ou non de médicaments; prescrits ou non par un médecin; remboursés ou non.
>les aliments enrichis (ex. céréales, substituts de repas sous forme de crème dessert, etc.), ne sont pas des compléments alimentaires.

Non (Passez à la question C) Oui Indiquez ci-dessous les produits, quantités et dates (même si approximatives). Utilisez plusieurs lignes si l'un des produits a été pris à des périodes distinctes.

NOM du Complément En majuscules, continuez sur papier libre si besoin	Dose indiquée sur la boîte	Forme comprimé, ampoule, autre...	Nombre de jours de prise / mois	Quantité / jour de prise	Date de début		Date de fin		ou en cours cochez si oui
					Mois	Année	Mois	Année	
Ex. CALCIUM SANDOZ	500 mg	COMPR.	1 5	2	0 3	2 0 0 7	0 4	2 0 0 8	<input type="checkbox"/>
1.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

C. Depuis 2005 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N, avez-vous pris un **traitement hormonal** (traitement hormonal substitutif de la ménopause, progestatif, DHEA, stérilet progestatif, ...) ?

Non (Passez à la question D) Oui

Indiquez ci-dessous les traitements, quantités et dates (même si approximatives).
Si vous avez pris plusieurs médicaments en même temps, utilisez une ligne par médicament.
Utilisez plusieurs lignes si l'un des traitements a été pris à des périodes distinctes.

NOM du Traitement Hormonal En majuscules, continuez sur papier libre si besoin	Dose indiquée sur la boîte	Voie Orale/ vaginale/ cutanée (patchs, crèmes ou gels autre que vaginaux)/ injections / stérilet	Nombre de jours de prise / mois	Date de début		Date de fin		ou en cours cochez si oui
				Mois	Année	Mois	Année	
Ex. <i>EVOREL</i>	10 mg	ORALE	2 1	1 0	2 0 0 7			X
1.....						
2.....						
3.....						
4.....						
5.....						
6.....						

D. A quelque moment de votre vie, avez-vous pris un traitement pour la **fragilité osseuse (ostéoporose)** (en dehors d'un traitement hormonal de la ménopause ou d'une complémentation en calcium/vitamine D que vous aurez signalés aux questions B ou C ci-dessus) ?

Non (Passez à la question E) Oui

Indiquez ci-dessous les traitements, quantités et dates (même si approximatives) en vous aidant de la liste ci-dessous. Utilisez plusieurs lignes si l'un des traitements a été pris à des périodes distinctes.

NOM du Traitement de l'ostéoporose En majuscules, continuez sur papier libre si besoin	Dose indiquée sur la boîte	Forme Comprimé, ampoule, solution injectable...	Nombre de jours de prise / mois	Quantité / jour de prise	Date de début		Date de fin		ou en cours cochez si oui
					Mois	Année	Mois	Année	
Ex. <i>ACLASTA</i>	5 mg	INJECT.	2 1	2	1 0	2 0 0 1	0 5	2 0 0 2	
1.....							
2.....							
3.....							
4.....							
5.....							
6.....							

ACIDE ALENDRONIQUE (10 mg ou 70 mg)

ACLASTA (5 mg / 100 ml)

ACTONEL (5 mg, 30 mg ou 35 mg)

ACTONELCOMBI (35 mg)

ADROVANCE (70 mg / 2800 UI ou 70 mg / 5600 UI)

ALENDRONATE (10 mg)

BONVIVA (150 mg)

BONVIVA solution injectable (3 mg / 3 ml)

CALCITONINE solution injectable (50 UI / 100 UI)

CADENS (50 UI / 100 UI)

CALSYN (50 UI / 100 UI)

CIBACALCINE (1 ml / 0,25 mg)

DIDRONEL (200 mg ou 400 mg)

ETIDRONATE (200 mg ou 400 mg)

EVISTA (60 mg)

FORSTEO (20 µg / 80 µl)

FOSAMAX (5 mg, 10 mg ou 70 mg)

FOSAVANCE (70 mg / 2800 UI ou 70 mg / 5600 UI)

OPTRUMA (60 mg)

PREOTACT (100 µg)

PROTELOS (2 g)

E. A quelque moment de votre vie, avez-vous pris un traitement à la **cortisone** (comprimés, injection ou autre) continu et prolongé (pendant au moins 3 mois consécutifs ou plus de 3 mois cumulés sur un an) ?

Non (Passez à la question F) Oui Si oui : durée totale (en mois)

F. Autres Médicaments non cités précédemment, prescrits par un médecin, utilisés régulièrement (au moins 3 fois par semaine)

1) 2) 3)

4) 5) 6)

CYCLE HORMONAL

Actuellement, êtes-vous réglée (avec ou sans traitement hormonal) ? Non Oui

Depuis 2005 ou votre dernière réponse à un questionnaire E3N, avez-vous éprouvé **des effets secondaires de la ménopause** (bouffées de chaleur, ...) ? Si oui :

date de début : / date de fin : / ou en cours