



COHORTE E3N-GÉNÉRATIONS

DEUXIÈME QUESTIONNAIRE DE LA GÉNÉRATION 2 E3N-G2-Q2

De décembre 2022 à juin 2023, le deuxième questionnaire général a été posé aux volontaires G2.

Il comporte 7 thématiques : 6 d'entre elles mettent à jour les données recueillies à l'inclusion ; Sommeil est posé pour la première fois.

SOMMAIRE

Activité physique 2.....	2
Alcool 2.....	6
Etat de santé 2.....	9
Opérations chirurgicales et hospitalisations 2.....	47
Traitements 2.....	55
Tabac 2.....	65
Sommeil.....	74

LÉGENDE

[Nom du format]	Italique = champ texte	Titre conteneur
Nom de la variable	(condition d'affichage)	Titre Page
* = question obligatoire	nom du questionnaire	(info bulle)
Texte identique à l'inclusion	Modification dans le suivi	

ACTIVITÉ PHYSIQUE 2

== == RAPPELS SUR LE FONCTIONNEMENT DES QUESTIONNAIRES == ==

*** Un astérisque signifie que la question est obligatoire.**

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter certaines erreurs, incompréhensions ou fautes de frappe.

Les **erreurs bloquantes, en rouge**, doivent être corrigées pour valider la page.

Les **avertissements, en orange**, vous invitent simplement à vérifier votre réponse.

En bas de chaque page, vous trouverez 3 boutons :

1. « **Annuler** » efface les informations remplies et ferme le questionnaire ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Enregistrer et quitter** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page

« Validation » : indiquez que vous avez terminé, cochez la case validation et, pour finir, cliquez sur le bouton « Enregistrer et quitter ».

== == == == == == == ==

Page 1 : Activité physique

Au cours de l'année passée, **combien de temps par semaine**, en moyenne, avez-vous consacré :

- À la **marche** (y compris pour aller au travail, faire des courses, pour vos loisirs...) ?
Une semaine d'hiver : Heure(s) : **ap_walk_w_h** Minute(s) : **ap_walk_w_mn**
Une semaine d'été : Heure(s) : **ap_walk_s_h** Minute(s) : **ap_walk_s_mn**
- À faire du **vélo** (y compris pour aller au travail, pour vos loisirs...) ?
Une semaine d'hiver : Heure(s) : **ap_bike_w_h** Minute(s) : **ap_bike_w_mn**
Une semaine d'été : Heure(s) : **ap_bike_s_h** Minute(s) : **ap_bike_s_mn**
- Au **jardinage** et/ou au **bricolage** ?
Une semaine d'hiver : Heure(s) : **ap_diy_w_h** Minute(s) : **ap_diy_w_mn**
Une semaine d'été : Heure(s) : **ap_diy_s_h** Minute(s) : **ap_diy_s_mn**
- Aux **tâches ménagères** (cuisine, ménage...) ?
Une semaine d'hiver : Heure(s) : **ap_house_w_h** Minute(s) : **ap_house_w_mn**
Une semaine d'été : Heure(s) : **ap_house_s_h** Minute(s) : **ap_house_s_mn**
- Au **sport** (natation, gymnastique, tennis...) ?
Une semaine d'hiver : Heure(s) : **ap_sport_w_h** Minute(s) : **ap_sport_w_mn**
Une semaine d'été : Heure(s) : **ap_sport_s_h** Minute(s) : **ap_sport_s_mn**
- Avez-vous pratiqué une (ou plusieurs) de ces activités assez vigoureusement pour provoquer une accélération du pouls ou en transpirer ?* **ap_transpi [YorN]**
 - o Oui **1**
 - o Non **0**

(Si oui)

Combien de temps en moyenne par semaine avez-vous pratiqué ces activités vigoureuses ?
Heure(s) : **ap_transpi_h** Minute(s) : **ap_transpi_mn**

- Au cours de l'année passée, combien d'étages avez-vous montés à pied en moyenne **par jour** ? **ap_nbfloors**
- Si vous exercez une activité professionnelle, indiquez ce qui la décrit le mieux : **ap_work**
[F_ApWork]
 - Vous êtes assis(e) la majeure partie de la journée
1
 - Vous êtes debout mais votre activité ne requiert pas d'effort physique particulier
2
 - Votre activité requiert des efforts physiques (transport d'objets lourds, utilisation d'outils...) **3**

Accepteriez-vous d'être contacté(e) pour participer à une étude sur l'activité physique et la santé ?
(Cette étude concernerait quelques centaines de participants seulement qui devraient porter pendant quelques jours ou semaines un accéléromètre pour mesurer précisément l'activité physique.)

ok_etude_ap **[YorN]**

- Oui **1**
- Non **0**

Page 2 : Sédentarité

Au cours de l'année passée, combien de jours de travail avez-vous effectués par semaine en moyenne ?* **sed_nbwork**

Sur ces jours de travail, combien de jours de télétravail avez-vous effectués par semaine en moyenne ?* **sed_nbwork_tt**

Au cours de l'année passée, **combien d'heures par jour**, en moyenne, êtes-vous resté(e) **assis(e) ou allongé(e)** :

- Dans les **transports** (en voiture, bus, train) ?

(Si jours de travail ≥ 1) Un jour de travail (hors télétravail) : Heure(s) : **sed_trnsprt_h** Minute(s) : **sed_trnsprt_mn**

(Si jours de télétravail ≥ 1) Un jour de télétravail : Heure(s) : **sed_trnsprt_tt_h** Minute(s) : **sed_trnsprt_tt_mn**

Un jour de repos : Heure(s) : **sed_trnsprt_we_h** Minute(s) : **sed_trnsprt_we_mn**

- Derrière un **bureau** ou devant un **ordinateur** (y compris les jeux vidéo), au travail ou à la maison ?

(Si jours de travail >= 1) Un jour de travail (hors télétravail) : Heure(s) : **sed_ordi_h** Minute(s) : **sed_ordi_mn**

(Si jours de télétravail >= 1) Un jour de télétravail : Heure(s) : **sed_ordi_tt_h** Minute(s) : **sed_ordi_tt_mn**

Un jour de repos : Heure(s) : **sed_ordi_we_h** Minute(s) : **sed_ordi_we_mn**

- Devant la **télévision** (y compris les jeux vidéo) ?

(Si jours de travail >= 1) Un jour de travail (hors télétravail) : Heure(s) : **sed_tv_h** Minute(s) : **sed_tv_mn**

(Si jours de télétravail >= 1) Un jour de télétravail : Heure(s) : **sed_tv_tt_h** Minute(s) : **sed_tv_tt_mn**

Un jour de repos : Heure(s) : **sed_tv_we_h** Minute(s) : **sed_tv_we_mn**

- Occupé(e) sur un **smartphone** ou une **tablette** ?

(Si jours de travail >= 1) Un jour de travail (hors télétravail) : Heure(s) : **sed_phone_h** Minute(s) : **sed_phone_mn**

(Si jours de télétravail >= 1) Un jour de télétravail : Heure(s) : **sed_phone_tt_h** Minute(s) : **sed_phone_tt_mn**

Un jour de repos : Heure(s) : **sed_phone_we_h** Minute(s) : **sed_phone_we_mn**

- À **table**, pendant les repas ?

(Si jours de travail >= 1) Un jour de travail (hors télétravail) : Heure(s) : **sed_meal_h** Minute(s) : **sed_meal_mn**

(Si jours de télétravail >= 1) Un jour de télétravail : Heure(s) : **sed_meal_tt_h** Minute(s) : **sed_meal_tt_mn**

Un jour de repos : Heure(s) : **sed_meal_we_h** Minute(s) : **sed_meal_we_mn**

- Pour des activités de **loisirs** (à discuter, téléphoner, lire, écouter de la musique ou la radio, dessiner, cinéma...) ?

(Si jours de travail >= 1) Un jour de travail (hors télétravail) : Heure(s) : **sed_hobby_h** Minute(s) : **sed_hobby_mn**

(Si jours de télétravail >= 1) Un jour de télétravail : Heure(s) : **sed_hobby_tt_h** Minute(s) : **sed_hobby_tt_mn**

Un jour de repos : Heure(s) : **sed_hobby_we_h** Minute(s) : **sed_hobby_we_mn**

- À ne **rien faire** (repos éveillé) ?

(Si jours de travail >= 1) Un jour de travail (hors télétravail) : Heure(s) : **sed_lit_h** Minute(s) : **sed_lit_mn**

(Si jours de télétravail >= 1) Un jour de télétravail : Heure(s) : [sed_lit_tt_h](#)

Minute(s) : [sed_lit_tt_mn](#)

Un jour de repos : Heure(s) : [sed_lit_we_h](#) Minute(s) : [sed_lit_we_mn](#)

Page 3 : Validation

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires : [coms](#)

- Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?* [complet](#) [YorN]
 - ☐ Oui [1](#)
 - ☐ Non [0](#)

(Si oui)

Validation de votre questionnaire : [valider](#) [\[F_ValidQuest\]](#)

☐ En cochant cette case, vous validez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité d'y revenir. N'oubliez pas de cliquer sur le bouton enregistrer et quitter [1](#)

ALCOOL 2

== == RAPPELS SUR LE FONCTIONNEMENT DES QUESTIONNAIRES == ==

*** Un astérisque signifie que la question est obligatoire.**

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter certaines erreurs, incompréhensions ou fautes de frappe.

Les **erreurs bloquantes, en rouge**, doivent être corrigées pour valider la page.

Les **avertissements, en orange**, vous invitent simplement à vérifier votre réponse.

En bas de chaque page, vous trouverez 3 boutons :

1. « **Annuler** » efface les informations remplies et ferme le questionnaire ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Enregistrer et quitter** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page

« Validation » : indiquez que vous avez terminé, cochez la case validation et, pour finir, cliquez sur le bouton « Enregistrer et quitter ».

== == == == == == == ==

PAGE 1 : VOTRE CONSOMMATION DE BOISSONS ALCOOLISEES

Pour les questions suivantes, merci d'indiquer un **nombre de verres standards en moyenne par semaine**.

Cette année, quelle a été, en moyenne par semaine, **votre consommation de vin** (rouge, rosé, blanc, champagne, etc.) en nombre de verres ? (Un verre standard de vin = 125 ml) *alc_vin

(Si > 0)

Merci de préciser la répartition de votre consommation de vin entre les différents types de vin suivants :

[F_FrequenceB]	Jamais ou très rarement 0	Quelquefois 1	Assez souvent 2	Très souvent 3
Vous buvez du vin rouge : alc_vin_rouge				
Vous buvez du vin blanc : alc_vin_blanc				

Vous buvez du vin rosé : alc_vin_rose				
Vous buvez du champagne ou du mousseux : alc_vin_champ				

Cette année, quelle a été, en moyenne par semaine, votre **consommation de cidre ou de bière** en nombre de verres ? (Un verre standard de bière = 250 ml) * **alc_cidbi**

(Si > 0)

Merci de préciser la répartition de votre consommation entre les différents types de bière et de cidre listés ci-dessous :

[F_FrequenceB]	Jamais ou très rarement 0	Quelquefois 1	Assez souvent 2	Très souvent 3
Vous buvez du cidre doux : alc_cidr_dx				
Vous buvez du cidre brut : alc_cidr_bt				
Vous buvez de la bière ayant un degré d'alcool inférieur à 3,4° (Lindemans Framboise®, Stella Artois light®...) : alc_bier1				
Vous buvez de la bière ayant un degré d'alcool compris entre 3,5° et 5,5° (Kronenbourg®, Heineken®, Guinness Stout®...) : alc_bier2				
Vous buvez de la bière ayant un degré d'alcool compris entre 5,6° et 8° (Leffe®, Grimbergen®...) : alc_bier3				
Vous buvez de la bière ayant un degré d'alcool supérieur à 8° (3				

monts®, Guinness Special®, Amsterdam® ...) : alc_bier4				
---	--	--	--	--

Cette année, quelle a été, en moyenne par semaine, **votre consommation d'apéritifs** (porto, muscat, Suze®, Martini®, etc.) en nombre de verres ? (*Un verre standard d'apéritif = 70 ml*)* **alc_apero**

Cette année, quelle a été, en moyenne par semaine, votre **consommation d'alcool fort** (whisky, vodka, rhum, pastis, etc.), pur ou en cocktail, en nombre de verres ? (*Un verre standard d'alcool fort = 40 ml*)* **alc_fort**

Cette année, combien de fois avez-vous bu **5 verres ou + d'alcool**, lors d'une même occasion ?
alc_binge [F_FrequenceC]

- Jamais **0**
- Moins d'1 fois par mois **1**
- Tous les mois **2**
- Toutes les semaines **3**
- Tous les jours ou presque **4**

PAGE 2 : VALIDATION

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires : **coms**

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?* **complet** [YorN]

- Oui **1**
- Non **0**

(Si oui)

Validation de votre questionnaire : **valider** [F_ValidQuest]

☐ En cochant cette case, vous validez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité d'y revenir. N'oubliez pas de cliquer sur le bouton enregistrer et quitter. **1**

ÉTAT DE SANTE 2

== == RAPPELS SUR LE FONCTIONNEMENT DES QUESTIONNAIRES == ==

*** Un astérisque signifie que la question est obligatoire.**

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter certaines erreurs, incompréhensions ou fautes de frappe.

Les **erreurs bloquantes, en rouge**, doivent être corrigées pour valider la page.

Les **avertissements, en orange**, vous invitent simplement à vérifier votre réponse.

En bas de chaque page, vous trouverez 3 boutons :

1. « **Annuler** » efface les informations remplies et ferme le questionnaire ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Enregistrer et quitter** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page « Validation » : indiquez que vous avez terminé, cochez la case validation et, pour finir, cliquez sur le bouton « Enregistrer et quitter ».

== == == == == == == ==

Le questionnaire que vous vous apprêtez à remplir concerne votre état de santé.

Sachez que **plus vous nous fournirez de précisions, plus nos recherches seront de qualité**. Nous vous serions très reconnaissants de prendre le temps retrouver les dates de vos différents diagnostics.

PAGE 1 : SANTE GLOBALE

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

- Excellente **5** [F_EtatSnt]
- Très bonne **4**
- Bonne **3**
- Médiocre **2**
- Mauvaise **1**

Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?* **snt_nrp**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

Dans les pages suivantes, nous allons vous questionner sur votre état de santé **depuis le dernier questionnaire « Etat de santé » que vous avez rempli**. Vous pourrez retrouver dans notre courriel d'invitation la date à laquelle vous l'aviez rempli.

PAGE 2 : MALADIES CARDIOVASCULAIRES, NEUROLOGIQUES, NEUROVASCULAIRES, ENDOCRINIENNES ET DES VOIES RESPIRATOIRES

Rappel : La plupart des questions de cette page et des suivantes portent sur des événements survenus depuis le dernier questionnaire. Vous pourrez retrouver dans notre courriel d'invitation la date à laquelle vous l'aviez rempli.

Maladies cardiovasculaires

Cochez les maladies cardiovasculaires vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire : * **snt_cardio** [F_PathoCardio]

- | | |
|--|----|
| - Angine de poitrine | 01 |
| - Infarctus du myocarde | 02 |
| - Artérite des membres inférieurs | 03 |
| - Anévrisme aortique | 04 |
| - Fibrillation / Flutter auriculaire | 05 |
| - Autres troubles du rythme cardiaque | 06 |
| - Insuffisance cardiaque | 07 |
| - Hypertension artérielle traitée | 08 |
| - Phlébite profonde (hors phlébites superficielles) / Embolie pulmonaire | 09 |
| - Maladie d'une valve cardiaque (valvulopathie) | 10 |
| - Autre maladie cardiovasculaire | 11 |
| - Aucune | 00 |

(Si angine de poitrine) Vous avez déclaré le diagnostic d'une angine de poitrine depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_angor_a**

(Si Infarctus du myocarde) Vous avez déclaré le diagnostic d'un infarctus du myocarde depuis le dernier questionnaire.

Combien d'événements avez-vous eu(s) dans votre vie ? **snt_infarct**

- | | | |
|----------|---|---------------|
| - 1 | 1 | [F_NbInfarct] |
| - 2 | 2 | |
| - 3 ou + | 3 | |

Pourriez-vous préciser en quelle année vous avez eu votre dernier infarctus ? AAAA **snt_infarct_a**

Si 2 ou 3+, Pourriez-vous préciser en quelle année vous avez eu votre premier infarctus ? AAAA **snt_infarct_a1**

(Si angine de poitrine ou infarctus)

Avez-vous eu une intervention depuis le dernier questionnaire pour pontage ou « stent », ou une angioplastie ? **snt_stent**

- | | | |
|-------|---|--------|
| - Oui | 1 | [YorN] |
| - Non | 0 | |

(Si oui) Combien d'intervention(s) avez-vous eu(es) depuis le dernier questionnaire ? **snt_stent_nb**

[F_UnQuatre]

- 1
- 2
- 3
- 4

Pourriez-vous préciser en quelle(s) année(s) vous avez eu cette (ou ces) intervention(s) ?

Si >= 1 Première intervention : AAAA **snt_stent_a1**

Si >= 2 Deuxième intervention : AAAA **snt_stent_a2**

Si >= 3 Troisième intervention : AAAA **snt_stent_a3**

Si = 4 Quatrième intervention : AAAA **snt_stent_a4**

(Si Artérite des membres inférieurs) Vous avez déclaré le diagnostic d'une artérite des membres inférieurs depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_arter_a**

Elle a été traitée : **snt_arter**

- | | | |
|-----------------------------|----------|----------------|
| - Par pontage ou amputation | 1 | |
| - Par angioplastie ou stent | 2 | |
| - Par médicaments | 3 | [F_TrArterite] |
| - Aucun traitement | 0 | |

(Si Anévrisme aortique) Vous avez déclaré le diagnostic d'un anévrisme aortique depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_anevr_a**

(Si Fibrillation / flutter auriculaire) Vous avez déclaré le diagnostic d'une fibrillation / flutter auriculaire depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_fibri_a**

Celle-ci était : **snt_fibri**

- | | | |
|--------------|----------|-------------|
| - Permanente | 1 | [F_FibAuri] |
| - Par crise | 2 | |

(Si Autres Troubles du rythme cardiaque) Vous avez déclaré le diagnostic de troubles du rythme cardiaque depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_trc_a**

Merci de préciser lesquels : _____ **snt_trc_aut**

(Si Insuffisance cardiaque) Vous avez déclaré le diagnostic d'une insuffisance cardiaque depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_icard_a**

(Si Hypertension artérielle traitée) Vous avez déclaré le diagnostic d'une hypertension artérielle traitée depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_hta_a**

(Si Phlébite profonde / Embolie pulmonaire) Vous avez déclaré le diagnostic d'une phlébite profonde / une embolie pulmonaire depuis le dernier questionnaire, combien d'évènements avez-vous eu(s) dans votre vie ? **snt_embo_nb**

- 1 **1** [F_NbInfarct]
- 2 **2**
- 3 ou + **3**

Pourriez-vous préciser en quelle année vous avez eu votre dernière phlébite profonde/embolie pulmonaire ? AAAA **snt_embo_a**

Si 2 ou 3+, Pourriez-vous préciser en quelle année vous avez eu votre première phlébite profonde/embolie pulmonaire ? AAAA **snt_embo_a1**

(Si Maladie d'une valve cardiaque (valvulopathie))

Vous avez déclaré le diagnostic d'une maladie d'une valve cardiaque depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_valvu_a**

Il s'agit : **snt_valvu_typ** [F_ValvuTyp2]

- D'un rétrécissement **1**
- D'une fuite **2**
- Autre **3**
- Je ne sais pas **9**
- Si autre, Merci de préciser : **snt_valvu_typ_aut**

Il s'agit d'une atteinte de : **snt_valvu_loc** [F_ValvuLoc2]

- La valve aortique **1**
- La valve mitrale **2**
- Autre **3**
- Je ne sais pas **9**
- Si autre, Merci de préciser **snt_valvu_loc_aut**

(Si autre maladie cardiaque) Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie cardiovasculaire depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_cardio_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_cardio_aut_a**

(Si une maladie cardiaque cochée)

Avez-vous un pacemaker ? **snt_pm**

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

Avez-vous un défibrillateur ? **snt_dai**

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

Maladies neurologiques et neurovasculaires

Cochez les maladies neurologiques et/ou neurovasculaires vous concernant, **diagnostiquées depuis le dernier questionnaire** : * **snt_neuro** [F_PathoNeuro]

- Migraines 1
- Vertiges nécessitant un traitement 2
- AVC (accident vasculaire cérébral) / Hémorragie cérébrale / « attaque » 3
- Maladie de Parkinson 4
- Sclérose en plaques 5
- Syndrome Guillain Barré 6
- Troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation 7
- Maladie d'Alzheimer 8
- Autre maladie neurologique 9
- Aucune 0

(Si Migraine) Vous avez déclaré avoir eu **un diagnostic de migraines depuis le dernier questionnaire**.

Elles sont (ou étaient) : **snt_migrn** [F_Migraine] (*Aura : symptômes neurologiques survenant avant le mal de tête et disparaissant totalement après ; ils se développent progressivement pendant 5 minutes (ou plus) et durent entre 5 et 60 minutes.*)

- Avec aura 1
- Sans aura 2
- Autres maux de tête chroniques 3

Pourriez-vous préciser en quelle année **vous avez eu** votre dernière migraine, **depuis le dernier questionnaire** ? AAAA **snt_migrn_a**

Pourriez-vous préciser en quelle année ces migraines ont commencé ? AAAA **snt_migrn_adeb**

(Si vertiges nécessitant un traitement) Vous avez déclaré avoir eu des vertiges nécessitant un traitement, **diagnostiqués depuis le dernier questionnaire**, pourriez-vous **préciser l'année de ce diagnostic** ? AAAA **snt_vertig_a**

(Si AVC / Hémorragie cérébrale / « attaque ») Vous avez déclaré **un AVC** (accident vasculaire cérébral) / Hémorragie cérébrale / « attaque » **diagnostiqué depuis le dernier questionnaire**, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_avc_a**

S'agissait-il d'un accident ischémique transitoire (AIT) ? **snt_ait**

- Oui **1** **[YorN]**
- Non **0**

Combien d'évènements avez-vous eu(s) dans votre vie ? **snt_avc_nb**

- 1 **1** **[F_NbInfarct]**
- 2 **2**
- 3 ou + **3**

Si 2 ou 3+, Pourriez-vous préciser en quelle année vous avez eu votre premier AVC ? AAAA **snt_avc_a1**

(Si Maladie de Parkinson) Vous avez déclaré un diagnostic de la maladie de Parkinson depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_park_a**

(Si Sclérose en plaques) Vous avez déclaré un diagnostic de sclérose en plaques depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_sep_a**

(Si Syndrome Guillain Barré) Vous avez déclaré le diagnostic d'un syndrome de Guillain Barré depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_sgb_a**

(Si Troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation) Vous avez déclaré avoir eu des troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de la consultation ? AAAA **snt_memo_a**

(Si Maladie d'Alzheimer) Vous avez déclaré un diagnostic de la maladie d'Alzheimer depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_alzhei_a**

(Si autre maladie neurologique) Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie neurologique depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_neuro_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_neuro_aut_a**

Pathologies endocriniennes

Cochez les pathologies endocriniennes vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire : * **snt_endo** **[F_PathoEndo]**

- Diabète (type 1, type 2, gestationnel, autre) **1**
- Maladie thyroïdienne bénigne **2**
- Autre maladie endocrinienne **3**
- Aucune **0**

(Si diabète)

(Si homme) Il s'agit (ou il s'agissait) d'un diabète : **snt_diab_h** **[F_Diab_h]**

- De type 1 **1**
- De type 2 **2**

(Si femme) Il s'agit (ou il s'agissait) d'un diabète (plusieurs réponses possibles) : **snt_diab_f**
[F_Diab_f]

- De type 1 1
- De type 2 2
- Gestationnel 3

(Si diabète)

Vous avez déclaré *le diagnostic d'un diabète depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date de ce diagnostic ?

Mois : **snt_diab_m**

Année : **snt_diab_a**

Ce diabète est (ou était) traité par (plusieurs réponses possibles) : **snt_diab_trt** [F_DiabTrt]

- Régime alimentaire 1
- Metformine 2
- Sulfamide hypoglycémiant 3
- Répaglinide 4
- Inhibiteurs des alphaglucosidases 5
- Inhibiteurs de la DPP-4 6
- Analogues du GLP-1 7
- Insuline 8
- Non traité 0

(Si maladie thyroïdienne bénigne) Vous avez déclaré *le diagnostic* d'une maladie thyroïdienne bénigne *depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_mbt_a**

Il s'agissait (plusieurs réponses possibles) : **snt_mbt** [F_MBT]

- Hyperthyroïdie 1
- Hypothyroïdie 2
- Nodule 3
- Goitre 4

(Si autre maladie endocrinienne) Vous avez déclaré *le diagnostic* d'une autre maladie endocrinienne *depuis le dernier questionnaire*.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_endo_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_endo_aut_a**

Maladies des voies respiratoires

À un moment quelconque dans les 12 derniers mois...

... avez-vous eu des sifflements dans la poitrine ? **snt_siffl**

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

Si oui, Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ? **snt_essouf**

- ☐ Oui **1** [YorN]
- ☐ Non **0**

... vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire ? **snt_gene_resp**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

... avez-vous eu une crise d'essoufflement au repos, pendant la journée ? **snt_essouf_day**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

... avez-vous eu une crise d'essoufflement APRÈS un effort intense ? **snt_essouf_effort**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

... avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement ? **snt_essouf_reveil**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?* **snt_etouf**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous eu des crises d'asthme ?* **snt_asthme**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

(Si oui à snt_etouf ou à snt_asthme) Un diagnostic d'asthme a-t-il été confirmé par un médecin ? **snt_asthm_diag**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

(Si oui à snt_asthme) À quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ? **snt_asthm_age**

... ans

(si oui snt_asthme) Avez-vous pris des médicaments pour l'asthme (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés) dans les 12 derniers mois ? **snt_asthm_medoc**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

(Si oui à snt_asthme) Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ? **snt_asthm_cri**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

Si oui (crise d'asthme 12 mois snt_asthm_cri) Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des épisodes d'au moins deux jours où vos crises d'asthme étaient vraiment pires que d'habitude ? **snt_asthm_crif**

- ☐ Oui **1** [YorN]
- ☐ Non **0**

Si oui (à **snt_asthm_cri**), Veuillez répondre à toutes les questions suivantes en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines à cause de votre asthme.

Au cours des **4 dernières semaines**, votre **asthme** vous a-t-il gêné(e) dans vos activités, au travail ou chez vous ? **snt_asthm_gen** [F_FrequenceAC]

- | | |
|--|----------|
| ☐ Tout le temps | 1 |
| ☐ La plupart du temps | 2 |
| ☐ Quelquefois | 3 |
| ☐ Rarement | 4 |
| ☐ Jamais | 0 |

Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflé(e) ? **snt_asthm_es** [F_FrequenceZ]

- | | |
|--|----------|
| ☐ Plus d'1 fois par jour | 1 |
| ☐ 1 fois par jour | 2 |
| ☐ 3 à 6 fois par semaine | 3 |
| ☐ 1 ou 2 fois par semaine | 4 |
| ☐ Jamais | 0 |

Au cours des **4 dernières semaines**, les symptômes de l'**asthme** vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ? (*Symptômes de l'asthme : sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine*) **snt_asthm_symp** [F_FrequenceAA]

- | | |
|--|----------|
| ☐ 4 nuits ou plus par semaine | 1 |
| ☐ 2 à 3 nuits par semaine | 2 |
| ☐ 1 nuit par semaine | 3 |
| ☐ 1 ou 2 fois en tout | 4 |
| ☐ Jamais | 0 |

Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ? **snt_asthm_inhal** [F_FrequenceAB]

- | | |
|--|----------|
| ☐ 3 fois par jour ou plus | 1 |
| ☐ 1 ou 2 fois par jour | 2 |
| ☐ 2 ou 3 fois par semaine | 3 |
| ☐ 1 fois par semaine ou moins | 4 |
| ☐ Jamais | 0 |

Comment évalueriez-vous votre **asthme** au cours des **4 dernières semaines** ? **snt_asthm_eval** [F_AsthmeControl]

- | | |
|---|----------|
| ☐ Pas contrôlé du tout | 0 |
| ☐ Très peu contrôlé | 1 |
| ☐ Un peu contrôlé | 2 |

- ☐ Bien contrôlé 3
- ☐ Totalelement contrôlé 4

Cochez les maladies des voies respiratoires vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire : * **snt_respi** [F_PathoRespi]

- | | | |
|---|---|---|
| - Bronchite chronique | | 1 |
| - Emphysème | | 2 |
| - Infections ORL répétées (angines, otites, pharyngites, laryngites, sinusites) | 3 | |
| - Pneumonie | | 4 |
| - Insuffisance respiratoire | | 5 |
| - Autre maladie des voies respiratoires | 6 | |
| - Aucune | 0 | |

(Si Bronchite chronique) Vous avez déclaré le diagnostic d'une bronchite chronique depuis le dernier questionnaire, en quelle année avez-vous eu votre dernière bronchite ? AAAA **snt_bronch_a**

(Si Emphysème) Vous avez déclaré un diagnostic d'emphysème depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_emphy_a**

(Si Infections ORL répétées (angines, otites, pharyngites, laryngites, sinusites)) Vous avez déclaré le diagnostic d'infections ORL répétées depuis le dernier questionnaire, en quelle année avez-vous eu votre dernière infection ? AAAA **snt_orl_a**

(Si Pneumonie) Vous avez déclaré le diagnostic d'une pneumonie depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_pneumo_a**

(Si Insuffisance respiratoire) Vous avez déclaré un diagnostic d'insuffisance respiratoire depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_irespi_a**

(Si autre maladie respi) Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie des voies respiratoires depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_respi_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_respi_aut_a**

PAGE 3 : CANCER

Rappel : toutes les questions de cette page portent sur des événements survenus depuis le dernier questionnaire. Vous pourrez retrouver dans notre courriel d'invitation la date à laquelle vous l'aviez rempli.

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous eu un diagnostic de cancer ? * **snt_k**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

(Si oui et homme)

Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? **snt_k_loc_h [F_KLoc_h]**

- Prostate **1**
- Intestin (côlon/rectum) **2**
- Poumon **3**
- Vessie **4**
- ORL (lèvre/bouche/pharynx) **5**
- Rein **6**
- Foie **7**
- Pancréas **8**
- Peau **9**
- Estomac **10**
- Autre **11**

(Si Autre coché) Précisez : **snt_k_loc_aut_h [F_KLocAut_h]**

- Système nerveux central **16**
- Œsophage **17**
- Larynx **18**
- Sang **19**
- Thyroïde **15**
- Leucémie **20**
- Lymphome **21**
- Testicules **22**
- Autre **23**

(Si oui et femme)

Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? **snt_k_loc_f [F_KLoc_f]**

- Sein **12**
- Intestin (côlon/rectum) **2**
- Poumon **3**
- Utérus **13**
- ORL (lèvre/bouche/pharynx) **5**
- Rein **6**
- Foie **7**
- Pancréas **8**
- Peau **9**
- Ovaire **14**

- Thyroïde 15
- Autre 11

(Si Autre coché) Précisez : **snt_k_loc_aut_f** [F_KLocAut_f]

- Vessie 4
- Estomac 10
- Système nerveux central 16
- Œsophage 17
- Larynx 18
- Sang 19
- Leucémie 20
- Lymphome 21
- Autre 23

(Si prostate) Vous avez déclaré le *diagnostic d'un cancer de la prostate depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_kprost_m**

Année : **snt_kprost_a**

(Si sein) Vous avez déclaré le *diagnostic d'un cancer du sein depuis le dernier questionnaire*.

Il s'agissait : **snt_ks** [F_KS]

- Du sein gauche 1
- Du sein droit 2
- Des deux seins 3

Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer du sein ?

Mois : **snt_ks_m**

Année : **snt_ks_a**

(Si intestin) Vous avez déclaré le *diagnostic d'un cancer de l'intestin depuis le dernier questionnaire*.

Il s'agissait d'un cancer *du* : **snt_ki2** [F_ChirIntest]

- Côlon (gros intestin) 1
- Intestin grêle 2
- Rectum 3
- Je ne sais pas 9

(Si côlon) Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer du côlon ?

Mois : **snt_kic_m**

Année : **snt_kic_a**

(Si grêle) Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer de l'intestin grêle ?

Mois : **snt_kig_m**

Année : **snt_kig_a**

(Si rectum) Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer du rectum ?

Mois : **snt_kir_m**

Année : **snt_kir_a**

(Si poumon) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer du poumon depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_kn_m**

Année : **snt_kn_a**

(Si Vessie) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer de la vessie depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_kblad_m**

Année : **snt_kblad_a**

(Si Utérus) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer de l'utérus depuis le dernier questionnaire*.

Il s'agissait d'un cancer : **snt_ku [F_KUterus2]**

- Du col **1**
- Du corps **2**
- Je ne sais pas **9**

(Si col) Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer du col de l'utérus ?

Mois : **snt_kucol_m**

Année : **snt_kucol_a**

(Si corps de l'utérus) Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer du corps de l'utérus ?

Mois : **snt_ku_m**

Année : **snt_ku_a**

(Si ORL) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer ORL depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date de ce diagnostic ?

Mois : **snt_korl_m**

Année : **snt_korl_a**

(Si rein) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer du rein depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date de ce diagnostic ?

Mois : **snt_krein_m**

Année : **snt_krein_a**

(Si foie) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer du foie depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date de ce diagnostic ?

Mois : **snt_kfoie_m**

Année : **snt_kfoie_a**

(Si pancréas) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer du pancréas depuis le dernier questionnaire,* pourriez-vous préciser la date de ce diagnostic ?

Mois : **snt_kpancr_m**

Année : **snt_kpancr_a**

(Si peau) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer de la peau depuis le dernier questionnaire.*

Il s'agissait d'un : **snt_kpeau [F_Kpeau2]**

- Carcinome basocellulaire **1**
- Carcinome spinocellulaire **2**
- Mélanome **3**
- Autre **4**

(Si Baso) Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce carcinome basocellulaire ?

Mois : **snt_baso_m**

Année : **snt_baso_a**

(Si Spino) Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce carcinome spinocellulaire ?

Mois : **snt_spino_m**

Année : **snt_spino_a**

(Si Mélanome) Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce mélanome ?

Mois : **snt_kpeau_m**

Année : **snt_kpeau_a**

(Si autre) Précisez : **snt_kpeau_aut**

Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de cet autre cancer de la peau ?

Mois : **snt_kpeau_aut_m**

Année : **snt_kpeau_aut_a**

(Si estomac) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer de l'estomac depuis le dernier questionnaire,* pourriez-vous préciser la date de ce diagnostic ?

Mois : **snt_ke_m**

Année : **snt_ke_a**

(Si ovaire) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer de l'ovaire depuis le dernier questionnaire,* pourriez-vous préciser la date *de ce* diagnostic ?

Mois : **snt_ko_m**

Année : **snt_ko_a**

Il s'agissait : **snt_ko-[F_Ovaire]**

- De l'ovaire gauche **1**
- De l'ovaire droit **2**
- Des deux ovaires **3**
- Je ne sais pas **9**

(Si thyroïde) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer de la thyroïde depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_kt_m**

Année : **snt_kt_a**

(Si système nerveux central) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer du système nerveux central depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_knerv_m**

Année : **snt_knerv_a**

(Si œsophage) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer de l'œsophage depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_koes_m**

Année : **snt_koes_a**

(Si larynx) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer du larynx depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_klr_x_m**

Année : **snt_klr_x_a**

(Si sang) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer du sang depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_ksg_m**

Année : **snt_ksg_a**

(Si leucémie) Vous avez déclaré *le diagnostic d'une leucémie depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_kleuc_m**

Année : **snt_kleuc_a**

(Si lymphome) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un lymphome depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : **snt_klymp_m**

Année : **snt_klymp_a**

(Si testicules) Vous avez déclaré *le diagnostic d'un cancer du (ou des) testicule(s) depuis le dernier questionnaire*, pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* ?

Mois : [snt_ktest_m](#)

Année : [snt_ktest_a](#)

(Si autre)

Merci d'indiquer la localisation de ce cancer : [snt_k_loc_aut](#)

Pourriez-vous préciser la date du diagnostic ?

Mois : [snt_k_aut_m](#)

Année : [snt_k_aut_a](#)

Rappel : la plupart des questions de cette page portent sur des événements survenus depuis le dernier questionnaire. Vous pourrez retrouver dans notre courriel d'invitation la date à laquelle vous l'aviez rempli.

Maladies de l'appareil digestif

Cochez les maladies de l'appareil digestif vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire : * **snt_digest [F_PathoDigest2]**

- Polype ou adénome du côlon ou du rectum 01
- Infection à Helicobacter pylori 02
- Reflux gastro-œsophagien 03
- Hernie hiatale 04
- Calculs de la vésicule biliaire 05
- Ulcère de l'estomac ou du duodénum 06
- Hémorroïdes 07
- Maladie de Crohn / Rectocolite hémorragique ou colite ulcéreuse 08
- Maladie du foie (hors vésicule biliaire) 09
- Fuite de selle 10
- Troubles fonctionnels intestinaux (colopathie fonctionnelle, syndrome du côlon irritable, ballonnements chroniques) 11
- Maladie cœliaque 12
- Sigmœidite diverticulaire 13
- Autre maladie de l'appareil digestif 14
- Aucune 00

Si Polype du côlon ou du rectum Vous avez déclaré le diagnostic d'un polype ou adénome du côlon ou du rectum depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_polyocr_a**

Si Infection à Helicobacter pylori Vous avez déclaré le diagnostic d'une infection à Helicobacter pylori depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_helico_a**

Si Reflux gastro œsophagien Vous avez déclaré avoir un diagnostic de reflux gastro-œsophagien depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_rgo_a**

Si Hernie hiatale Vous avez déclaré le diagnostic d'une hernie hiatale depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_hernieh_a**

Si Calculs de la vésicule biliaire Vous avez déclaré un diagnostic de calculs de la vésicule biliaire depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_calculvb_a**

Si Ulcère de l'estomac ou duodénum Vous avez déclaré avoir eu un ulcère de l'estomac ou du duodénum depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_ulcere_a**

Si Hémorroïdes Vous avez déclaré un diagnostic d'hémorroïdes depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_hemor_a**

Si Maladie de Crohn / Rectocolite hémorragique Vous avez déclaré souffrir de la maladie de Crohn, d'une rectocolite hémorragique ou d'une colite ulcéreuse, pourriez-vous préciser depuis quelle année ? AAAA **snt_mici_a**

Si Maladie du foie Vous avez déclaré le diagnostic d'une maladie du foie depuis le dernier questionnaire.

Il s'agissait d'une maladie : **snt_foie_typ [F_FoieType]**

- Aiguë 1
- Chronique 2

De quelle(s) maladie(s) s'agissait-il ? **snt_foie [F_FoieMaladie]**

- Hépatite 1
- Cirrhose 2
- Stéatose simple 3
- Stéato-hépatite non alcoolique ou NASH 4
- Autre 5

(Si Autre coché) Précisez : _____ **snt_foie_aut**

Si Autre Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette autre maladie du foie ? AAAA **snt_foie_aut_a**

Si hépatite, si cirrhose Elle était d'origine : **snt_foie_orig [F_FoieOrig2]**

- Virale 1
- Auto-immune 2
- Liée au diabète ou au surpoids 3
- Médicamenteuse 4
- Liée à l'alcool 5
- Toxique 7
- Autre cause 6

(Si Autre cause coché) Précisez : _____ **snt_foie_orig_aut**

Si autre type d'hépatite (auto-immune, diabète, médicament, alcool, toxique ou autre) :

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette hépatite ? AAAA **snt_hepat_a**

Si Hépatites virales

De quelle(s) hépatite(s) s'agissait-il ? **snt_hepat_typ [F_Hepatitis2]** (plusieurs réponses possibles)

- Hépatite A 1
- Hépatite B 2
- Hépatite C 3

Si hépatite A Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette hépatite A ? AAAA **snt_hepata_a**

Si hépatite B Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette hépatite B ? AAAA **snt_hepatb_a**

Si hépatite C Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette hépatite C ? AAAA
snt_hepatc_a

Si cirrhose Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette cirrhose ? AAAA
snt_cirrhos_a

Si stéatose Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette stéatose ? AAAA
snt_steat_a

Si NASH Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette stéato-hépatite non alcoolique ou NASH ? AAAA snt_nash_a

Si Fuite de selle Vous avez déclaré avoir eu des fuites de selle depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année ? AAAA snt_fselle_a

Si Troubles fonctionnels intestinaux Vous avez déclaré avoir eu des troubles fonctionnels intestinaux depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA snt_tfi_a

Si Maladie cœliaque Vous avez déclaré un diagnostic de maladie cœliaque depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA snt_coelia_a

Si Sigmoidite diverticulaire Vous avez déclaré le diagnostic d'une sigmoidite diverticulaire depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA snt_sigmo_a

Elle a été traitée par (plusieurs réponses possibles) : snt_sigmo_trt [F_SigmoTrt]

- Antibiotiques 1
- Chirurgie 2
- Non traitée 0

Si autre maladie digestive Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie digestive depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ snt_digest_aut

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA snt_digest_aut_a

Maladies de l'appareil urinaire

Cochez les maladies de l'appareil urinaire vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire :* snt_uri [F_pathoUri]

- | | | |
|--|---|---|
| - Calculs des voies urinaires / coliques néphrétiques | | 1 |
| - Insuffisance rénale / créatininémie anormale (ou urée sanguine anormale) | 2 | |
| - Infections urinaires répétées (+ de 4 fois par an) | | 3 |
| - Pyélonéphrite | | 4 |
| - Incontinence urinaire | | 5 |
| - Autre maladie de l'appareil urinaire | | 6 |
| - Aucune | 0 | |

Si Calculs des voies urinaires / coliques néphrétiques Vous avez déclaré le diagnostic de calculs des voies urinaires / des coliques néphrétiques depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA snt_calculvu_a

Si Insuffisance rénale / créatininémie anormale (ou urée sanguine anormale) Vous avez déclaré le diagnostic d'une insuffisance rénale / une créatininémie anormale depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_irenal_a**

Si Infections urinaires répétées Vous avez déclaré le diagnostic d'infections urinaires répétées depuis le dernier questionnaire, en quelle année avez-vous eu votre dernière infection ? AAAA **snt_infuri_a**

Si Pyélonéphrite Vous avez déclaré le diagnostic d'une pyélonéphrite depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_pyelo_a**

Si Incontinence urinaire Vous avez déclaré souffrir d'incontinence urinaire depuis le dernier questionnaire.

À quelle fréquence avez-vous des pertes d'urine ? **snt_puri_fq** [F_PerteUri_Freq]

- 1 fois par semaine au maximum 1
- 2 à 3 fois par semaine 2
- Environ 1 fois par jour 3
- Plusieurs fois par jour 4
- Tout le temps 5

Quelle est la quantité habituelle de vos pertes d'urine (avec ou sans protection) ? **snt_puri_qte** [F_PerteUri_Qte]

- Une petite quantité 1
- Une quantité moyenne 2
- Une grande quantité 3

À quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? **snt_puri_gen** (pas du tout) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (vraiment beaucoup)

[Curseur]

Quand avez-vous des pertes d'urine ? (plusieurs réponses possibles) **snt_puri_qd** [F_PerteUri_Qd]

- Avant de pouvoir arriver aux toilettes 1
- Quand vous toussiez ou éternuez 2
- Quand vous dormez 3
- Quand vous avez une activité physique 4
- Sans cause apparente 5
- Tout le temps 6

Pourriez-vous préciser en quelle année cela a-t-il débuté ? AAAA **snt_puri_a**

Si autre maladie urinaire Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie de l'appareil urinaire depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_uri_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_uri_aut_a**

PAGE 5 : SANTÉ GYNÉCOLOGIQUE OU MALADIES SPÉCIFIQUES À L'HOMME

(Pour les femmes)

Avez-vous déjà eu vos règles ? * **regl_jms** [YorN]

- Oui **1**
- Non **0**

Si oui Quelle est la date de vos dernières règles (même approximative) ?

Mois : **regl_last_m** Année : **regl_last_a**

Si pas de règles depuis 3 mois ou plus

Vous n'avez pas eu vos règles depuis 3 mois ou plus. Est-ce parce que : (plusieurs réponses possibles) : **regl_why_no** [F_ReglWhyNo2]

- Vous êtes enceinte **1**
- Vous allaitez **2**
- Vous utilisez un moyen de contraception qui supprime les règles (pilule en continu, progestatifs seuls **en continu**, stérilet hormonal, implant contraceptif) **3**
- Vous utilisez un traitement hormonal de la ménopause en continu **7**
- Vous êtes en périménopause (cycles devenus irréguliers et dernières règles il y a moins d'un an) **8**
- Vous êtes ménopausée **5**
- Vous avez eu une ablation de l'utérus **4**
- Autre situation **6**

(Si ménopause) À quel âge (même approximatif) avez-vous été ménopausée ? **regl_meno_age**

(Si ménopause) Votre ménopause était-elle ? **regl_meno_typ** [F_MenoTyp]

- Naturelle **1**
- Artificielle **2**
- **(Si ménopause artificielle)** Est-ce parce que vous avez eu ? **regl_meno_art** [F_MenoArt]
 - Une ablation des deux ovaires **1**
 - Une radiothérapie ovarienne **2**
 - Une chimiothérapie **3**
 - Autre **4**

(si autre) Précisez : **regl_meno_art_autre**

(Si ablation 2 ovaires) Vous avez eu une ablation des deux ovaires, précisez la date (même approximative) :

- Ovaire droit : Mois : **regl_ovar_d_m** Année : **regl_ovar_d_a**
- Ovaire gauche : Mois : **regl_ovar_g_m** Année : **regl_ovar_g_a**

(Si THM) En quelle année (même approximative) avez-vous débuté ce traitement ? **regl_thm_a**

(Si ablation utérus) Vous avez eu une ablation de l'utérus, précisez la date (même approximative) :

- Mois : **regl_hyst_m** Année : **regl_hyst_a**

Si Règles dans les 3 derniers mois Vous avez eu vos règles durant les 3 derniers mois. Est-ce par ce que : **regl_meno** [F_meno_regles]

- Vous êtes ménopausée et vous prenez un traitement hormonal de la ménopause de façon discontinue (avec une semaine d'arrêt chaque mois) **1**
- Vous n'êtes pas ménopausée **2**

Puis, si vous n'êtes pas ménopausée

Comment évalueriez-vous l'intensité moyenne de vos douleurs de règles, sans traitement ?

regl_doul_no_trt

Curseur de : « 0 - Pas de douleur » à « 10 - Douleur maximale imaginable »

Comment évalueriez-vous l'intensité moyenne de vos douleurs de règles, avec traitement ?

regl_doul_trt

Curseur de : « 0 - Pas de douleur » à « 10 - Douleur maximale imaginable »

Volume menstruel

L'image ci-dessous montre des exemples de volume de sang menstruel que l'on peut avoir **toutes les 4 heures** pendant les règles.

Quel volume avez-vous expérimenté lors de vos règles **au cours des 12 derniers mois** ?

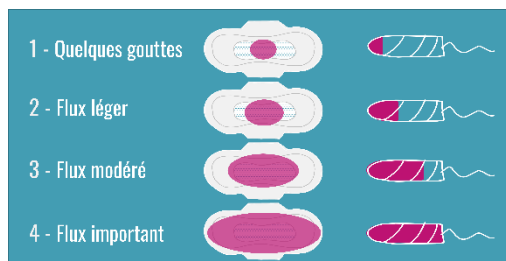
Si votre flux correspond à un « Flux important » plus fréquemment que toutes les 4 heures, cochez « Flux très important ».

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic** [F_ReglFlux]

- ☐ Quelques gouttes **1**
- ☐ Flux léger **2**
- ☐ Flux modéré **3**
- ☐ Flux important **4**
- ☐ Flux très important **5**

En moyenne : **regl_flux_moy** [F_ReglFlux]

- ☐ Quelques gouttes **1**
- ☐ Flux léger **2**
- ☐ Flux modéré **3**
- ☐ Flux important **4**
- ☐ Flux très important **5**



Douleurs durant les rapports

Si femmes

Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs au cours des rapports **sexuels** (ou immédiatement après ceux-ci) ? **sx_doul_act** [F_FrequenceA]

- ☐ Jamais ou exceptionnellement **0**
- ☐ Parfois **1**
- ☐ Souvent ou régulièrement **2**
- ☐ Toujours **3**

(Si parfois, souvent ou toujours) De quelle manière ces douleurs retentissent-elles sur les rapports ?

sx_doul_gene [F_SxDoulGene]

- ☐ Les douleurs ne gênent pas les rapports **0**
- ☐ Les douleurs gênent les rapports mais n'obligent pas à les interrompre **1**
- ☐ Les douleurs obligent parfois à interrompre les rapports **2**
- ☐ Les rapports sont impossibles à cause de la douleur **3**

Douleurs abdominales

Si femmes

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des douleurs abdominales ? **doul_abdo** [YorN]



Par « douleurs abdominales », nous entendons tous types de douleurs (crampes, douleurs vives ou lancinantes, etc.) au niveau de la partie grisée de cette figure :

Merci de **ne pas inclure** : les douleurs liées aux règles ou aux rapports sexuels, à la grossesse ou à l'accouchement, à une opération chirurgicale, à une blessure liée au sport ou non, à une intoxication alimentaire ou à un virus intestinal.

☐ Oui **1**

☐ Non **0**

→ Si oui :

Ces douleurs ont-elles eu tendance à survenir à la même période du cycle menstruel ? **doul_abdo_qd** [F_DouleursAbdo]

- ☐ Non **0**
- ☐ Oui : quelques jours avant mes règles **1**
- ☐ Oui : quelques jours après mes règles **2**
- ☐ Oui : à mi-cycle (autour de l'ovulation) **3**
- ☐ Je ne suis pas sûre **9**

Merci d'indiquer le niveau **moyen** de sévérité de vos douleurs abdominales **au cours des 12 derniers mois** en utilisant l'échelle suivante : **doul_abdo_moy**

0 - Pas
de
douleur

10 - Pire
de
douleur
imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Merci d'indiquer maintenant le pire niveau de sévérité de vos douleurs abdominales **au cours des 12 derniers mois** en utilisant l'échelle suivante : **doul_abdo_pic**

0 - Pas
de
douleur

10 - Pire
douleur
imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Troubles digestifs ou douleurs lors de l'évacuation de selles

Si femmes

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des troubles digestifs, des douleurs ou des difficultés lors de l'évacuation de selles (plusieurs réponses possibles) ? **doul_sel [F_DoulSelles]**

- ☐ Non 0
- ☐ Oui, des troubles digestifs fonctionnels (inconfort digestif, ballonnements, constipation, diarrhée...) 1
- ☐ Oui, des douleurs lors de l'évacuation de selles (dyschésie) 2
- ☐ Oui, des difficultés d'évacuation (évacuation anormalement longue, en plusieurs temps, ou nécessitant des efforts prolongés, d'intenses poussées ou l'aide de suppositoires/doigts/lavements) 3

→ Si au moins un oui :

À quelle fréquence avez-vous eu ces douleurs ou difficultés d'évacuation de selles **au cours des 12 derniers mois** ? **doul_sel_freq [F_FrequenceAD]**

- ☐ Occasionnellement (moins d'un quart du temps) 1
- ☐ Souvent (entre un quart et la moitié du temps) 2
- ☐ Généralement (plus de la moitié du temps) 3
- ☐ Tout le temps (à chaque selle) 4

→ si « Oui, des douleurs lors de l'évacuation de selles (dyschésie) »

Merci d'indiquer le niveau moyen de sévérité de vos douleurs lors de l'évacuation de selles **au cours des 12 derniers mois** en utilisant l'échelle suivante : **doul_sel_moy**

0 - Pas
de
douleur

10 - Pire
douleur
imaginable

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Merci d'indiquer maintenant le **pire** niveau de sévérité de vos douleurs lors de l'évacuation de selles **au cours des 12 derniers mois** en utilisant l'échelle suivante : **doul_sel_pic**

0 - Pas de douleur											10 - Pire douleur imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Si femmes **Maladies gynécologiques**

Cochez les maladies gynécologiques vous concernant, **diagnostiquées depuis le dernier questionnaire** : * **snt_gyneco** [F_PathoGyneco]

- | | | |
|---|----------|----------|
| - Polype utérin ou hyperplasie endométriale | | 1 |
| - Endométriose | 2 | |
| - Fibrome utérin | 3 | |
| - Kyste de l'ovaire persistant plus de 3 mois | | 4 |
| - Maladie bénigne du sein | | 5 |
| - Autre maladie gynécologique | 6 | |
| - Aucune | | 0 |

Si Polype utérin ou hyperplasie endométriale Vous avez déclaré le **diagnostic d'un** polype utérin ou de l'hyperplasie endométriale **depuis le dernier questionnaire**, pourriez-vous préciser **l'année de ce diagnostic** ? AAAA **snt_polyput_a**

Si Endométriose Vous avez déclaré le **diagnostic d'une** endométriose **depuis le dernier questionnaire**, pourriez-vous préciser **l'année de ce diagnostic** ? AAAA **snt_endom_a**

Quel était le mode de diagnostic ? **snt_endom_dg** [F_EndomDiag]

- | | |
|----------------------------|----------|
| - Échographie endovaginale | 1 |
| - IRM | 2 |
| - Chirurgie / coelioscopie | 3 |
| - Autre | 4 |
- ☐ Si autre : Précisez : **snt_endom_dg_aut**

Si Fibrome utérin Vous avez déclaré le **diagnostic d'un** fibrome utérin **depuis le dernier questionnaire**, pourriez-vous préciser **l'année de ce diagnostic** ? AAAA **snt_fibrom_a**

Si Kyste de l'ovaire Vous avez déclaré le diagnostic d'un kyste de l'ovaire persistant **depuis le dernier questionnaire**, pourriez-vous préciser **l'année de ce diagnostic** ? AAAA **snt_kysteov_a**

Il s'agissait : **snt_kysteov** [F_Ovaire]

- | | |
|----------------------|----------|
| - De l'ovaire gauche | 1 |
| - De l'ovaire droit | 2 |
| - Des deux ovaires | 3 |
| - Je ne sais pas | 9 |

Si Maladie bénigne du sein Vous avez déclaré *le diagnostic d'une maladie bénigne du sein depuis le dernier questionnaire.*

Pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_mbs_a**

S'agissait-il d'un adénome du sein ou d'un fibro-adénome depuis le dernier questionnaire ?

snt_adfibro [YorN]

- Oui **1**
- Non **0**

Si oui Il s'agissait : **snt_adfi_lat [F_Ks]**

- Du sein gauche **1**
- Du sein droit **2**
- Des deux seins **3**

S'agissait-il d'une hyperplasie atypique (canalaire ou lobulaire) ? **snt_hyperp [YorN]**

- Oui **1**
- Non **0**

(Si oui) Il s'agissait d'une hyperplasie atypique : **snt_hyperp_atyp [F_Hyperplasie]**

- Lobulaire **1**
- Canalaire **2**

Il s'agissait : **snt_hyperp_lat [F_Ks]**

- Du sein gauche **1**
- Du sein droit **2**
- Des deux seins **3**

S'agissait-il d'un kyste du sein ? **snt_kyste_s [YorN]**

- Oui **1**
- Non **0**

(Si oui) Il s'agissait : **snt_kyste_s_lat [F_Ks]**

- Du sein gauche **1**
- Du sein droit **2**
- Des deux seins **3**

S'agissait-il d'une dystrophie fibro-kystique ? **snt_dyst [YorN]**

- Oui **1**
- Non **0**

(Si oui) Il s'agissait : **snt_dyst_lat [F_Ks]**

- Du sein gauche **1**
- Du sein droit **2**
- Des deux seins **3**

Si autre maladie gynéco Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie gynécologique depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_gyneco_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_gyneco_aut_a**

Pour les hommes Maladies spécifiques à l'homme

Cochez les maladies vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire : * **snt_spe_h** [F_PathoSpe_h2]

- | | | |
|---|---|---|
| - Adénome / hypertrophie de la prostate | 1 | |
| - Gynécomastie | 2 | |
| - Autre maladie masculine | | 5 |
| - Aucune | 0 | |

Si Adénome / hypertrophie de la prostate Vous avez déclaré le diagnostic d'un adénome / une hypertrophie de la prostate depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_prostad_a**

Si Gynécomastie Vous avez déclaré le diagnostic d'une gynécomastie depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_gynecom_a**

Si autre maladie masculine Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie masculine depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_spe_h_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_spe_h_aut_a**

PAGE 6 : MALADIES AUTO-IMMUNES ET INFECTIONS

Maladies auto-immunes

Cochez les maladies auto-immunes vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire : * **snt_immu** [F_PathoImmu]

- | | | | |
|---|---|---|---|
| - Lupus cutané | | | 1 |
| - Lupus érythémateux disséminé (= systémique) | 2 | | |
| - Sclérodermie localisée ou systémique | | 3 | |
| - Vascularites | | | 4 |
| - Myosite / Polymyosite / Dermatomyosite | | | 5 |
| - Syndrome de Gougerot-Sjögren | | | 6 |
| - Purpura thrombopénique | | | 7 |
| - Autre maladie auto-immune | | | 8 |
| - Aucune | | | 0 |

Si Lupus cutané Vous avez déclaré le diagnostic d'un lupus cutané depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_lupus_a**

Si Lupus érythémateux disséminé Vous avez déclaré le diagnostic d'un lupus érythémateux disséminé depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_lupuse_a**

Si Sclérodermie localisée et systémique Vous avez déclaré le diagnostic d'une sclérodermie localisée ou systémique depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_sclerod_a**

Si Vascularites Vous avez déclaré le diagnostic de vascularites depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_vascularite_a](#)

Si Myosite / Polymyosite / Dermatomyosite Vous avez déclaré un diagnostic de myosite / polymyosite / dermatomyosite depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_myosit_a](#)

Si Syndrome de Gougerot-Sjögren Vous avez déclaré le diagnostic d'un syndrome de Gougerot-Sjögren depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_sgs_a](#)

Si Purpura thrombopénique Vous avez déclaré le diagnostic d'un purpura thrombopénique depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_purpur_a](#)

Si autre maladie auto-immune Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie auto-immune depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ [snt_immu_aut](#)

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA [snt_immu_aut_a](#)

Infections

Cochez les infections dont vous avez souffert depuis le dernier questionnaire :* [snt_infection](#)

[F_Pathoinfection2]

- | | |
|----------------------------|----|
| - Coqueluche | 01 |
| - Mononucléose infectieuse | 02 |
| - Oreillons | 03 |
| - Varicelle | 04 |
| - Zona | 05 |
| - Chlamydia | 06 |
| - Syphilis | 07 |
| - VIH | 08 |
| - Chikungunya | 09 |
| - Dengue | 10 |
| - Paludisme (malaria) | 11 |
| - Méningite | 13 |
| - Septicémie | 14 |
| - Toxoplasmose congénitale | 15 |
| - Tuberculose | 16 |
| - Covid-19 | 17 |
| - Aucune | 00 |

Si Coqueluche Vous avez déclaré un diagnostic de coqueluche depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_coquelu_a](#)

Si Mononucléose infectieuse Vous avez déclaré un diagnostic de mononucléose infectieuse depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_mono_a](#)

Si Oreillons Vous avez déclaré un diagnostic d'oreillons depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_oreillon_a](#)

Si Varicelle Vous avez déclaré un diagnostic de varicelle depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_varicelle_a**

Si Zona Vous avez déclaré un diagnostic de zona depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_zona_a**

Si Chlamydia Vous avez déclaré un diagnostic d'une infection à chlamydia depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_chlamy_a**

Si Syphilis Vous avez déclaré un diagnostic de syphilis depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_syphi_a**

Si VIH Vous avez déclaré le diagnostic d'une infection par le VIH depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_vih_a**

Si Chikungunya Vous avez déclaré un chikungunya diagnostiqué depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_chikun_a**

Si Dengue Vous avez déclaré un diagnostic de dengue depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_dengue_a**

Si Paludisme (malaria) Vous avez déclaré un diagnostic de paludisme (malaria) depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de votre dernière crise ? AAAA **snt_palud_a**

Si Méningite Vous avez déclaré un diagnostic de méningite depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_mening_a**

Si Septicémie Vous avez déclaré un diagnostic de septicémie depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_septicemie_a**

Si Toxoplasmose congénitale Vous avez déclaré un diagnostic de toxoplasmose congénitale depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_toxo_a**

Si Tuberculose Vous avez déclaré un diagnostic de tuberculose depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_tuberc_a**

Si COVID Vous avez déclaré avoir eu la covid-19, pourriez-vous préciser la date de la dernière infection ?

Mois : MM **snt_covid_m** Année : AAAA **snt_covid_a**

PAGE 7 : MALADIES DES OS ET ARTICULATIONS

Maladies musculo-squelettiques

Cochez les maladies musculo-squelettiques vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire :* **snt_musquelet** [F_PathoMuSquelet]

- | | |
|---|---|
| - Arthrose | 1 |
| - Ostéoporose | 2 |
| - Pseudo polyarthrite rhizomélisque / Maladie de Horton | 3 |
| - Polyarthrite rhumatoïde | 4 |
| - Spondylarthrite ankylosante | 5 |
| - Rhumatisme psoriasique | 6 |

- Autre maladie inflammatoire des articulations 7
- Aucune 0

Si Ostéoporose

Vous avez déclaré un diagnostic d'ostéoporose depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_osteop_a**

Avez-vous eu des fractures ostéoporotiques ? **snt_osteop_frac**

- ☐ Oui 1 [YorN]
- ☐ Non 0

Si oui fractures En quelle année avez-vous eu votre dernière fracture ? AAAA **snt_osteop_frac_a**

Si vous en avez eu plusieurs, merci de préciser l'année de votre première fracture : AAAA **snt_osteop_frac_a1**

Si Pseudo polyarthrite rhizomélitique / Maladie de Horton Vous avez déclaré un diagnostic de pseudo polyarthrite rhizomélitique / maladie de Horton depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_horton_a**

Si Polyarthrite rhumatoïde Vous avez déclaré un diagnostic de polyarthrite rhumatoïde depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_polyrhum_a**

Si Spondylarthrite ankylosante Vous avez déclaré un diagnostic de spondylarthrite ankylosante depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_spondy_a**

Si Rhumatisme psoriasique Vous avez déclaré un diagnostic de rhumatismes psoriasiques depuis le dernier questionnaire.

Pourriez-vous préciser depuis quelle année ? AAAA **snt_rhumpso_a**

À quelle fréquence faites-vous des poussées de rhumatisme psoriasique ? **snt_rhumpso_fr**

[F_Frequencel]

- 1 fois par mois ou plus 3
- 1 fois par an ou plus 2
- Moins d'1 fois par an 1

Si autre maladie musculo-squelettique Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie inflammatoire des articulations depuis le dernier questionnaire.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_musquelet_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_musquelet_aut_a**

Maladies de la peau

Cochez les maladies de la peau vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire :*

snt_peau [F_PathoPeau]

- | | | |
|---|---|---|
| - Eczéma | 1 | |
| - Urticaire | | 2 |
| - Vitiligo | | 3 |
| - Psoriasis | | 4 |
| - Herpès | 5 | |
| - Ulcères ou plaies chroniques des membres inférieurs | 6 | |
| - Autre maladie de la peau | | 7 |
| - Aucune | 0 | |

Si Eczéma À quelle fréquence faites-vous des crises d'eczéma ? snt_eczema_fr

[F_Frequencel]

- | | |
|---------------------------|---|
| - 1 fois par mois ou plus | 3 |
| - 1 fois par an ou plus | 2 |
| - Moins d'1 fois par an | 1 |

En quelle année ces crises ont-elles commencé ? AAAA snt_eczema_deb

Si Urticaire Vous avez déclaré un diagnostic d'urticaire depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser en quelle année avez-vous fait votre dernière crise ? AAAA snt_urti_a

Si Vitiligo Vous avez déclaré le diagnostic d'un vitiligo depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA snt_vitil_a

Si Psoriasis Vous avez déclaré le diagnostic d'un psoriasis depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA snt_psoria_a

Si Herpès Vous avez déclaré le diagnostic de poussées d'herpès depuis le dernier questionnaire. Il s'agit d'herpès : snt_herp_loc [F_HerpesLoc]

- | | |
|-----------|---|
| - Labial | 1 |
| - Génital | 2 |

Si herpès labial À quelle fréquence faites-vous des poussées d'herpès labial ? snt_herpl

[F_Frequencel]

- | | |
|---------------------------|---|
| - 1 fois par mois ou plus | 3 |
| - 1 fois par an ou plus | 2 |
| - Moins d'1 fois par an | 1 |

Si herpès génital À quelle fréquence faites-vous des poussées d'herpès génital ? snt_herpg

[F_Frequencel]

- | | |
|---------------------------|---|
| - 1 fois par mois ou plus | 3 |
| - 1 fois par an ou plus | 2 |
| - Moins d'1 fois par an | 1 |

Si Ulcères, plaies chroniques des membres inférieurs Vous avez déclaré avoir eu des ulcères **ou** des plaies chroniques des membres inférieurs **depuis le dernier questionnaire**, pourriez-vous préciser en quelle **année** ? AAAA **snt_pulcere_a**

Si autre maladie de la peau Vous avez déclaré le diagnostic d'une autre maladie de la peau **depuis le dernier questionnaire**.

De quelle maladie s'agit-il ? _____ **snt_peau_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_peau_aut_a**

Santé mentale

Cochez les maladies **ou troubles** vous concernant, ou qui ont pu vous concerner, **depuis le dernier questionnaire** :* **snt_humeur** [F_Humeur2]

- | | |
|--|---|
| - Dépression | 1 |
| - Burn-out | 2 |
| - Anxiété | 3 |
| - Insomnie | 4 |
| - Troubles du spectre autistique | 6 |
| - Autres troubles psychologiques ou psychiatriques | 5 |
| - Aucune | 0 |

Si Dépression Vous avez déclaré avoir souffert de dépression **depuis le dernier questionnaire**.

En quelle année avez-vous vécu un premier épisode dépressif ? AAAA **snt_dep_a1**

En quelle année est survenu l'épisode le plus récent ? AAAA **snt_dep_a**

Si Burn-out Vous avez déclaré avoir fait un burn-out depuis le dernier questionnaire, en quelle année était-ce ? AAAA **snt_burn_a**

Si Anxiété Vous avez déclaré avoir souffert d'anxiété. Vous considérez-vous comme anxieux ? **snt_anx_freq** [F_FrequenceH]

- | | |
|----------------|---|
| - Toujours | 4 |
| - Très souvent | 3 |
| - Parfois | 2 |
| - Rarement | 1 |

Si Insomnie Vous avez déclaré avoir des **insomnies**, à quelle fréquence en souffrez-vous ?

snt_insomn_freq [F_FrequenceH]

- | | |
|----------------|---|
| - Toujours | 4 |
| - Très souvent | 3 |
| - Parfois | 2 |
| - Rarement | 1 |

Si TSA Vous avez déclaré avoir des **troubles du spectre autistique**, pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_tsa_a**

Si Autres troubles Vous avez déclaré avoir souffert d'autres troubles psychologiques ou psychiatriques depuis le dernier questionnaire.

Merci de préciser s'il s'agit de : **snt_psy_aut** [F_PathoPsy]

- | | | |
|---|---|---|
| - Anorexie | | 1 |
| - Boulimie | | 2 |
| - Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) | 3 | |
| - État limite (syndrome borderline) | | 4 |
| - Syndrome bipolaire | 5 | |
| - Schizophrénie | | 6 |
| - Troubles de l'attention / hyperactivité | | 7 |
| - Narcolepsie | 8 | |
| - Autre | | 9 |

Si Anorexie, Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic d'anorexie ? AAAA **snt_anor_a**

Si Boulimie Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de boulimie ? AAAA **snt_boul_a**

Si TOC Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic des troubles obsessionnels compulsifs ? AAAA **snt_toc_a**

Si bordeline, Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic d'état limite (syndrome borderline) ? AAAA **snt_border_a**

si bipolaire, Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic du syndrome bipolaire ? AAAA **snt_bipo_a**

si schizophrénie, Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de schizophrénie ? AAAA **snt_schizo_a**

si troubles attention, Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic des troubles de l'attention / hyperactivité ? AAAA **snt_tda_a**

si Narcolepsie Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de narcolepsie ? AAAA **snt_narco_a**

Si Autre, Merci de préciser de quel autre trouble il s'agit : **snt_ment_aut**

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic ? AAAA **snt_ment_aut_a**

PAGE 9 : HANDICAP, BIEN VIEILLIR

Au cours du dernier mois, avez-vous manqué d'énergie pour réaliser les choses que vous vouliez faire ?* **manq_nrij**

- ☐ Oui **1** [YorN]
☐ Non **0**

Êtes-vous gêné(e), en raison de votre état de santé actuel, pour faire des efforts physiques modérés (ex. déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) ? **aphy_gn**
[YorN_gene]

- Oui, très gêné(e) **2**
- Oui, un peu gêné(e) **1**
- Non, pas du tout gêné(e) **0**

Utilisez-vous une aide pour vous déplacer habituellement ? **depl_aide** [F_Déplacement]

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. Non | 0 |
| 2. Une canne ou une béquille | 1 |
| 3. Deux cannes ou deux béquilles | 2 |
| 4. Déambulateur | 3 |
| 5. Fauteuil roulant | 4 |
| 6. Autre | 5 |

Si autre Merci de préciser : **depl_aide_aut**

Avez-vous l'un des handicaps suivants ? **handi** [F_Handi3cites]

- | | |
|--|---|
| ☐ Difficultés visuelles handicapantes | 1 |
| ☐ Difficultés auditives handicapantes | 2 |
| ☐ Troubles de la parole ou du langage | 3 |
| ☐ Handicap moteur, mobilité réduite | 4 |
| ☐ Difficultés d'apprentissage, perte des acquis intellectuels, troubles de la mémoire | 5 |
| ☐ Maladies psychiatriques majeures / handicap mental majeur | 6 |
| ☐ Autre | 7 |
| ☐ Aucun handicap | 0 |

Si difficultés visuelles, Merci de préciser la cause de vos difficultés visuelles : **handi1_coz**

Si Difficultés auditives Merci de préciser la cause de vos difficultés auditives : **handi2_coz**

Si Troubles de la parole Merci de préciser la cause de vos troubles de la parole : **handi3_coz**

Si Handicap moteur, mobilité réduite Merci de préciser la cause de votre handicap moteur : **handi4_coz**

Si Difficultés d'apprentissage Merci de préciser la cause de vos difficultés cognitives : **handi5_coz**

Si Maladies psychiatriques/handicap mental Merci de préciser la cause de ce handicap majeur : **handi6_coz**

Si autre Merci de préciser la nature de cet autre handicap : **handi7**

Merci d'en préciser la cause : **handi7_coz**

Si 1 oui à handi

Bénéficiez-vous d'une allocation aux adultes handicapés ? **handi_alloc** [Sapris_yorn_nsp]

- | | |
|------------------|---|
| - Oui | 1 |
| - Non | 2 |
| - Je ne sais pas | 3 |

Si oui, Quel est votre taux d'incapacité (en pourcentage) ? ...% **handi_taux**

Si 1 oui à handi

Bénéficiez-vous d'une carte d'invalidité ? **handi_carte**

- | | | |
|-------|---|--------|
| o Oui | 1 | [YorN] |
| o Non | 0 | |

Si handicap (oui à Avez-vous l'un des handicaps suivants ?) ou plus de 50 ans >> toutes les questions suivantes

Mémoire

Présentez-vous les symptômes suivants de manière habituelle ? oui 1 non 2 Je ne sais pas 3

[Sapris_yorn_nsp]

- Des oublis dans les activités courantes : mem_oubli
- Des difficultés à retenir de nouvelles informations simples : mem_diff

Si oui à l'une des questions précédentes :

- Avez-vous parlé à un médecin généraliste de ces symptômes ? mem_general
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- Avez-vous consulté un neurologue ou un médecin gériatre pour ces symptômes ? mem_neuro
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- Vous a-t-on prescrit un médicament pour ces symptômes ? mem_medoc
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0

Déplacements

Actuellement, éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer ? depl_diff [F_DeplacementDif]

- Je reste dans un lit ou au fauteuil 1
- Je reste dans mon domicile 2
- Je reste dans mon quartier ou voisinage proche 3
- Je n'éprouve aucune restriction 0

Chutes

Quand vous êtes debout, avez-vous peur de tomber ? chute_peur [YorN_bcp]

- Non 0
- Oui, un peu 1
- Oui, beaucoup 2

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une chute ? chute

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

Si oui, Avez-vous chuté plus d'une fois ? chute_repet

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

Si oui, Lorsque vous êtes tombé(e), avez-vous eu besoin, au moins une fois, que quelqu'un vous aide pour vous relever ? chute_aide [F_ChuteAide]

- Non 0
- Oui, vous êtes resté(e) moins de 5 minutes par terre, avant que l'on vous aide 1
- Oui, vous êtes resté(e) entre 5 et 30 minutes par terre, avant que l'on vous aide 2

- Oui, vous êtes resté(e) plus de 30 minutes par terre, avant que l'on vous aide **3**

Activités de la vie courante et autonomie (ADL)

Sans aide, avez-vous des difficultés...

- ... pour porter un sac de 5 kg comme un gros sac de provision ? **adl1**
- ... pour vous servir de vos mains et de vos doigts ? **adl2**
- ... pour vous baisser, vous agenouiller ? **adl3**
- ... à marcher 500 mètres ? **adl4**
- ... à marcher 1 kilomètre ? **adl5**
- ... pour monter ou descendre une douzaine de marches ? **adl6**
- ... pour monter ou descendre un escalier de 2 étages ? **adl7**
- ... pour réaliser un gros travail domestique ? **adl8**

[F_ADL]

- Pas de difficulté **0**
- Quelques difficultés **1**
- Beaucoup de difficultés **2**
- Je ne peux pas du tout **3**

Êtes-vous capable de vous lever d'une chaise sans accoudoirs 5 fois de suite ?

lever

- Oui **1** **[YorN]**
- Non **0**

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 : **tel** [F_UtilisationTel]

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

Faire les courses : **courses** [F_Courses]

- 1** Je fais toutes mes courses de façon indépendante
- 2** Je fais seulement les petits achats tout(e) seul(e)
- 3** J'ai besoin d'être accompagné(e), quelle que soit la course
- 4** Je suis totalement incapable de faire les courses

Moyen de transport : **transport** [F_Transports]

- 1** Je peux voyager seul(e) et de façon indépendante (transports en commun ou voiture)
- 2** Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus
- 3** Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)
- 4** Transport limité au taxi ou à la voiture, en étant accompagné(e)
- 5** Je ne me déplace pas du tout

Responsabilité pour la prise des médicaments : **medoc** [F_PriseMedoc]

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

3 Je suis incapable de les prendre de moi-même

Capacité à gérer son budget : **budget** [F_GestionBudget]

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

Préparation des repas : **repas** [F_PrepaRepas]

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

Entretien de la maison : **menage** [F_Menage]

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

Lessive : **lessive** [F_lessive]

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

PAGE 10 : AUTRES PROBLEMES DE SANTE IMPORTANTS

Vous pouvez déclarer ici tout autre problème de santé important n'ayant pas été cité dans les pages précédentes, **apparus ou diagnostiqués** depuis le dernier questionnaire : **snt_patho_aut**

PAGE 11 : VALIDATION

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires : **coms**

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ? ***complet** [YorN]

- ☐ Oui **1**
- ☐ Non **0**

(Si oui)

Validation de votre questionnaire : [valider](#)

[F_ValidQuest]

☐ En cochant cette case, vous validez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité d'y revenir. N'oubliez pas de cliquer sur le bouton « Enregistrer et quitter ». 1

OPÉRATIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS 2

== == RAPPELS SUR LE FONCTIONNEMENT DES QUESTIONNAIRES == ==

*** Un astérisque signifie que la question est obligatoire.**

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter certaines erreurs, incompréhensions ou fautes de frappe.

Les **erreurs bloquantes, en rouge**, doivent être corrigées pour valider la page.

Les **avertissements, en orange**, vous invitent simplement à vérifier votre réponse.

En bas de chaque page, vous trouverez 3 boutons :

1. « **Annuler** » efface les informations remplies et ferme le questionnaire ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Enregistrer et quitter** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page

« Validation » : indiquez que vous avez terminé, cochez la case validation et, pour finir, cliquez sur le bouton « Enregistrer et quitter ».

== == == == == == == ==

Le questionnaire que vous vous apprêtez à remplir concerne vos opérations chirurgicales et hospitalisations.

Sachez que plus vous nous fournirez de précisions, plus nos recherches en santé seront de qualité.

Nous vous serions très reconnaissants de prendre le temps retrouver les dates de vos différentes opérations et hospitalisations.

PAGE 1 : VOS OPERATIONS CHIRURGICALES

Les questions de cette page et de la suivante portent sur des événements survenus depuis vos dernières réponses à ce questionnaire. Vous pourrez retrouver dans notre courriel d'invitation la date à laquelle vous l'aviez rempli.

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous subi une opération chirurgicale (sous anesthésie générale, régionale ou locale) ? ***chir_op** [YorN]

- Oui **1**
- Non **0**

(SI OUI)

(POUR LES HOMMES)

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous été opéré pour l'un des motifs suivants ? (Plusieurs réponses possibles) **chir_mot_h** [F_ChirMotif_H]

- Appendicectomie **1**
- Chirurgie de l'appareil digestif (estomac, côlon, intestin, vésicule biliaire, pancréas, foie...) **2**
- Chirurgie de l'appareil respiratoire **3**
- Chirurgie de l'appareil génital ou urinaire (prostate, testicule, verge, vessie, rein...) **5**
- Chirurgie cardiovasculaire **6**
- Chirurgie d'une lésion de la peau **7**
- Chirurgie orthopédique (arthrose, fracture, prothèse...) **8**
- Chirurgie de la thyroïde **9**
- Chirurgie des yeux **10**
- Chirurgie dentaire **11**
- Autre opération **12**

(Si autre opération) Précisez laquelle : **chir_mot_aut_h**

(POUR LES FEMMES)

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous été opérée pour l'un des motifs suivants ? (Plusieurs réponses possibles) **chir_mot_f**

(Si vous avez accouché par césarienne, cochez chirurgie de l'appareil génital ou urinaire, puis chirurgie de l'utérus)

[F_ChirMotif_F]

- Appendicectomie **1**
- Chirurgie de l'appareil digestif (estomac, côlon, intestin, vésicule biliaire, pancréas, foie...) **2**
- Chirurgie de l'appareil respiratoire **3**
- Chirurgie du (ou des) sein(s) **4**
- Chirurgie de l'appareil génital ou urinaire (utérus, endomètre, ovaire, trompe, vessie, rein...) **5**
- Chirurgie cardiovasculaire **6**
- Chirurgie d'une lésion de la peau **7**
- Chirurgie orthopédique (arthrose, fracture, prothèse...) **8**
- Chirurgie de la thyroïde **9**
- Chirurgie des yeux **10**
- Chirurgie dentaire **11**
- Autre opération **12**

(Si autre opération) Précisez laquelle : **chir_mot_aut_f**

(Si appendicectomie cochée homme ou femme) Vous avez subi une appendicectomie, quelle était l'année de l'opération ? aaaa **chir_app_a**

(Si appareil digestif homme ou femme) Vous avez subi une opération de l'appareil digestif, de quel(s) organe(s) s'agissait-il ? **chir_digest** [F_Digest2]

- Estomac **2**
- Foie **3**
- Intestin (côlon, grêle, rectum) **4**
- Pancréas **5**
- Vésicule biliaire **6**
- Autre **7**

(Si estomac) Vous avez subi une opération de l'estomac, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_stoma_a**

(Si foie) Vous avez subi une opération du foie, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_foie_a**

(si intestin) Précisez la (les) localisation(s) : **chir_intes**
[F_ChirIntest]

- Côlon (gros intestin) 1
- Intestin grêle 2
- Rectum 3
- Je ne sais pas 9
- (Si côlon) Vous avez subi une opération du côlon, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_colon_a**
- (Si intestin grêle) Vous avez subi une opération de l'intestin grêle, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_grele_a**
- (Si rectum) Vous avez subi une opération du rectum, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_rect_a**

(Si pancréas) Vous avez subi une opération du pancréas, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_pancr_a**

(Si vésicule biliaire) Vous avez subi une opération de la vésicule biliaire, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_vb_a**

(Si autre opération digestive) Précisez lequel : **chir_dig_aut**

(Si autre opération digestive) Vous avez déclaré avoir subi une opération de l'appareil digestif, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_dig_aut_a**

(Si opération app respi coché homme ou femme) Vous avez subi une opération de l'appareil respiratoire, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_respi_a**

(Si chirurgie du sein Femme) Vous avez eu une chirurgie du (ou des) sein(s), merci de préciser s'il s'agissait d'une (plusieurs réponses possibles) : **chir_sein_f** [F_Sein2]

- Ablation d'une tumeur bénigne 1
- Ablation d'une tumeur cancéreuse 2
- Ablation totale d'un sein 3
- Ablation totale des deux seins 4
- Pose d'une prothèse mammaire esthétique 5
- Pose d'une prothèse mammaire après ablation d'un sein 6
- Réduction mammaire 7

(Si ablation d'une tumeur bénigne du sein) Vous avez subi une ablation d'une tumeur bénigne du sein, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_tbs_a**

Il s'agissait : **chir_tbs_lat** [F_KS]

- Du sein gauche 1
- Du sein droit 2

- Des deux seins 3

(Si ablation d'une tumeur cancéreuse) Vous avez subi une ablation d'une tumeur cancéreuse du sein, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_ks_a**

Il s'agissait : **chir_ks_lat** [F_KS]

- Du sein gauche 1
- Du sein droit 2
- Des deux seins 3

(Si ablation totale d'un sein) Vous avez subi une ablation totale d'un sein, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_abl1_a**

Il s'agissait : **chir_abl1_lat** [F_KS2]

- Du sein gauche 1
- Du sein droit 2

(Si ablation totale des 2 seins) Vous avez subi une ablation totale des 2 seins, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_abl2_a**

(Si prothèse esthétique) En quelle année vous a-t-on posé une prothèse mammaire esthétique ? aaaa **chir_esth_a**

(Si prothèse réparatrice) En quelle année vous a-t-on posé une prothèse mammaire après ablation d'un sein ? aaaa **chir_rep_a**

(Si réduction mammaire) Vous avez subi une réduction mammaire, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_reducs_a**

(Si appareil génital ou urinaire Homme) Vous avez subi une opération de l'appareil génital ou urinaire, de quel(s) organe(s) s'agissait-il ? (plusieurs réponses possibles) **chir_gu_h** [F_GenUri_H]

- Prostate 1
- Rein 2
- Testicule 3
- Verge 4
- Vessie 5
- Autre 10

(Si autre) Précisez lequel : **chir_gu_aut_h**

(Si prostate) Vous avez subi une opération de la prostate, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_prost_a**

(Si testicule) Vous avez subi une opération du (ou des) testicule(s), en quelle année était-ce ? aaaa **chir_testi_a**

(Si verge) Vous avez subi une opération de la verge, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_verge_a**

(Si appareil génital ou urinaire Femme) Vous avez eu une opération de l'appareil génital ou urinaire, de quel(s) organe(s) s'agissait-il ? **chir_gu_f** [F_GenUri_F]

- Endomètre **6**
- Ovaire **7**
- Rein **2**
- Trompe **8**
- Utérus **9**
- Vessie **5**
- Autre **10**

(Si autre) Précisez lequel : **chir_gu_aut_f**

(Si endomètre) Vous avez subi une opération de l'endomètre, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_endom_a**

(Si ovaire) Vous avez subi une opération de l'ovaire, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_ovr_a**
Il s'agissait : **chir_ovr_lat** [F_Ovaire]

- De l'ovaire gauche **1**
- De l'ovaire droit **2**
- Des deux ovaires **3**
- Je ne sais pas **9**

(Si trompe) Vous avez subi une opération (de la ou) des trompe(s), en quelle année était-ce ? aaaa **chir_tromp_a**
Il s'agissait : **chir_tromp_lat** [F_Trompe]

- De la trompe gauche **1**
- De la trompe droite **2**
- Des deux trompes **3**
- Je ne sais pas **9**

(Si utérus) Vous avez subi une opération de l'utérus, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_uter_a**

Était-ce une césarienne ? **chir_cesa** [YorN]

- Oui **1**
- Non **0**

(Si vessie coché homme ou femme) Vous avez subi une opération de la vessie, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_vessi_a**

(Si rein coché homme ou femme) Vous avez subi une opération du rein, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_rein_a**

Il s'agissait : [F_Rein]

- Du rein gauche **1**
- Du rein droit **2**
- Des deux reins **3**
- Je ne sais pas **9**

(Si autre opération génito-urinaire coché homme ou femme) Vous avez déclaré avoir subi une opération génito-urinaire, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_gu_aut_a**

(Si opération cardio coché homme ou femme) Vous avez subi une opération cardiovasculaire, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_cardio_a**

(Si lésion de la peau coché homme ou femme) Vous avez subi une opération pour une lésion de la peau, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_peau_a**

(Si chir orthopédique homme ou femme) Vous avez subi une chirurgie orthopédique, il s'agissait de : **chir_ortho** [F_ChirOrtho]

- Chirurgie réparatrice suite à un traumatisme (accident) 1
- Chirurgie réparatrice de fracture ostéoporotique 2
- Chirurgie restauratrice suite à une maladie de l'appareil locomoteur 3
- Pose de prothèse (hanche, genou ou autre articulation) 4
- Chirurgie arthroscopique 5

(si trauma) En quelle année avez-vous été opéré(e) suite à une fracture ? aaaa **chir_frac_a**

(si fracture ostéoporotique) De quelle année date votre dernière opération suite à une fracture ostéoporotique ? aaaa **chir_osteo_frac_a**

(si chir ortho) En quelle année avez-vous eu cette chirurgie restauratrice ? aaaa **chir_ortho_a**

(si prothèse) En quelle année vous a-t-on posé une prothèse ? aaaa **chir_proth_a**

(si chir arthrose) En quelle année avez-vous eu cette chirurgie arthroscopique ? aaaa **chir_arthro_a**

(Si chir thyroïde coché homme ou femme) Vous avez subi une opération de la thyroïde, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_thyr_a**

(Si chir yeux coché homme ou femme) Vous avez subi une opération des yeux, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_yeux_a**

(si chir dentaire homme ou femme) Vous avez subi une opération dentaire, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_dent_a**

Était-ce une opération des dents de sagesse ? **chir_dentsag**[YorN]

Oui 1

Non 0

(Si autre opération chirurgicale coché homme ou femme) Vous avez déclaré avoir subi une autre opération chirurgicale, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_aut_a**

PAGE 2 : VOS HOSPITALISATIONS

En plus des opérations chirurgicales précédemment mentionnées, depuis le dernier questionnaire, avez-vous été hospitalisé(e) ?* (Pour les femmes, les accouchements par voie basse sont à renseigner dans cette rubrique) **hospi [YorN]**

- Oui **1**
- Non **0**

(si OUI)

Combien de fois avez-vous été hospitalisé(e) depuis le dernier questionnaire ? **hospi_nb**

[F_UnDix]

- | | |
|-----------|-----------|
| - 1 | 1 |
| - 2 | 2 |
| - 3 | 3 |
| - 4 | 4 |
| - 5 | 5 |
| - 6 | 6 |
| - 7 | 7 |
| - 8 | 8 |
| - 9 | 9 |
| - 10 ou + | 10 |

(Si 10 ou + hospitalisations) Si vous avez été hospitalisé(e) plus de 10 fois, merci de ne considérer que les 10 motifs d'hospitalisation les plus sérieux ou les plus graves.

(A développer selon le nombre de fois indiqué : de 1 à 10)

Pour chacun de vos séjours à l'hôpital, nous vous remercions de nous fournir, si possible, les informations suivantes :

1^{ère} Hospitalisation :

- Mois : **hospi1_m** Année : **hospi1_a**
- Motif d'hospitalisation :* **hospi1_mot**

2^{ème} Hospitalisation :

- Mois : **hospi2_m** Année : **hospi2_a**
- Motif d'hospitalisation :* **hospi2_mot**

3^{ème} Hospitalisation :

- Mois : **hospi3_m** Année : **hospi3_a**
- Motif d'hospitalisation :* **hospi3_mot**

4^{ème} Hospitalisation :

- Mois : **hospi4_m** Année : **hospi4_a**
- Motif d'hospitalisation :* **hospi4_mot**

5^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi5_m](#) Année : [hospi5_a](#)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi5_mot](#)

6^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi6_m](#) Année : [hospi6_a](#)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi6_mot](#)

7^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi7_m](#) Année : [hospi7_a](#)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi7_mot](#)

8^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi8_m](#) Année : [hospi8_a](#)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi8_mot](#)

9^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi9_m](#) Année : [hospi9_a](#)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi9_mot](#)

10^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi10_m](#) Année : [hospi10_a](#)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi10_mot](#)

Si vous avez des commentaires ou des informations supplémentaires à nous communiquer sur vos hospitalisations, merci de les noter ici : [hospi_com](#)

PAGE 3 : VALIDATION

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires : [coms](#)

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ? * [complet](#) [YorN]

Oui [1](#)

Non [0](#)

(Si oui)

Validation de votre questionnaire : [valider](#) [F_ValidQuest]

☐ En cochant cette case, vous validez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité d'y revenir. N'oubliez pas de cliquer sur le bouton Enregistrer et quitter. [1](#)

TRAITEMENTS 2

== == RAPPELS SUR LE FONCTIONNEMENT DES QUESTIONNAIRES == ==

*** Un astérisque signifie que la question est obligatoire.**

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter certaines erreurs, incompréhensions ou fautes de frappe.

Les **erreurs bloquantes, en rouge**, doivent être corrigées pour valider la page.

Les **avertissements, en orange**, vous invitent simplement à vérifier votre réponse.

En bas de chaque page, vous trouverez 3 boutons :

1. « **Annuler** » efface les informations remplies et ferme le questionnaire ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Enregistrer et quitter** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page

« Validation » : indiquez que vous avez terminé, cochez la case validation et, pour finir, cliquez sur le bouton « Enregistrer et quitter ».

== == == == == == == ==

Le questionnaire que vous vous apprêtez à remplir concerne vos traitements médicaux.

Sachez que **plus vous nous fournirez de précisions, plus nos recherches en santé seront de qualité.**

Nous vous serions très reconnaissants de prendre le temps, par exemple, de sortir vos boîtes de médicaments pour écrire leur nom exact.

PAGE 1 : CONTRACEPTION

(Pour les hommes)

Ces questions sur les contraceptifs pour les femmes ne vous concernant pas personnellement, Monsieur, vous pouvez passer à la page suivante.

(Pour les femmes)

PILULE

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris une pilule contraceptive ? * trtc_pil

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

(Si oui)

- o La prenez-vous encore actuellement ? trtc_pil_actuel
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0

- Si non À quel âge l'avez-vous arrêtée ? trtc_pil_agefin
- Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris une micropilule ? (Cérazette®, Désogestrel, Microval®, Antigone®, Optimizette®, Elfasette®, Claréal®...) ? trtc_pil_mc
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- Merci de préciser le nom de cette ou ces pilule(s) : trtc_pil_nom

PROGESTATIF

Dans la question suivante, il s'agit uniquement des traitements progestatifs utilisés avant la ménopause : Lutéran®, Chlormadinone, Androcur®, Cyprotérone, Lutényl, Nomégestrol, Surgestone®, Colprone®, Médrogestone, Duphaston®, Utrogestan®, Progestérone, Progestan®, Estima®, Dimetrum®, Endovela®, Sawis®, Visanne®.

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un **traitement progestatif** ? trtc_pg

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

(Si oui)

- Prenez-vous encore ce traitement actuellement ? trtc_pg_actuel
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- (Si non) À quel âge l'avez-vous arrêté ? trtc_pg_agefin
- Si oui prend actuellement, Combien de jours par cycle le prenez-vous ? trtc_pg_nb

ANNEAU, PATCH, IMPLANT

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous utilisé un **anneau vaginal, un implant, un patch contraceptif** ou une contraception injectable ? trtc_aut

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

(Si oui)

- Qu'avez-vous utilisé (plusieurs réponses possibles) ? trtc_aut_typ [F_Trtc_autrTypBis]
 - Anneau vaginal (Nuvaring®, Etono ethinyl®, Etoring®) 1
 - Implant contraceptif (Nexplanon®) 2
 - Patch contraceptif (Evra®, Lisvy®) 3
 - Contraception injectable (Depo-Provera®) 4
- (si anneau) Portez-vous encore cet anneau actuellement ? trtc_ann_actuel
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- (Si non) et si anneau À quel âge l'avez-vous enlevé ? trtc_ann_agefin

- (si implant) Portez-vous encore cet implant actuellement ? **trtc_imp_actuel**
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- et sinon À quel âge vous l'a-t-on retiré ? **trtc_imp_agefin**
- (si patch) Portez-vous encore ce patch actuellement ? **trtc_pat_actuel**
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- et si arrêt, À quel âge l'avez-vous enlevé ? **trtc_pat_agefin**
- (si contraception injectable) Utilisez-vous encore cette contraception injectable actuellement ? **trtc_inj_actuel**
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- si arrêt, À quel âge avez-vous arrêté ? **trtc_inj_agefin**

STERILET

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous utilisé un **stérilet hormonal** (qui peut diminuer ou supprimer les règles) (*Miréna[®]*, *Jaydess[®]*, *Donasert[®]*, *Kyleena[®]*) ? **trtc_steh**

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

(Si oui) Portez-vous encore ce stérilet actuellement ? **trtc_steh_actuel**

- Oui 1 [YorN]
- Non 0
- Si arrêt À quel âge vous l'a-t-on retiré ? **trtc_steh_agefin**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous utilisé un **stérilet au cuivre** (qui conserve les règles) ? **trtc_stec**

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

(Si oui)

- Portez-vous encore ce stérilet actuellement ? **trtc_stec_actuel**
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- Si arrêt À quel âge vous l'a-t-on retiré ? **trtc_stec_agefin**

PAGE 2 : TRAITEMENTS DES SYMPTÔMES DE LA MÉNOPAUSE

(Pour les hommes)

Les questions sur la ménopause ne vous concernant pas *personnellement*, Monsieur, vous pouvez passer à la page suivante.

(Pour les femmes)

Avez-vous (ou avez-vous déjà eu) des symptômes liés à la ménopause ?* **tsm_symptome**

- Oui **1** **[F_YorNmeno]**
- Non **0**
- Je ne suis pas encore concernée **9**

Si oui, Le(s)quel(s) ? **tsm_sympt**

- Bouffées de chaleur **2**
- Douleurs articulaires **3**
- Ostéoporose **4** **[F_Tsm_Sympt]**
- Sécheresse vaginale **5**
- Symptômes dépressifs **7**
- Autre **8**

(si autre) Précisez : **tsm_sympt_aut**

(si oui)

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un traitement, quel qu'il soit, en rapport avec la ménopause ? **tsm_trt**

- Oui **1** **[YorN]**
- Non **0**

(Si oui)

À quel âge avez-vous commencé à prendre ce traitement ? **tsm_agedeb**

Prenez-vous encore ce traitement actuellement ? **tsm_actuel**

- Oui **1** **[YorN]**
- Non **0**

(Si non)

Si vous ne prenez plus aucun traitement en rapport avec la ménopause, à quel âge avez-vous arrêté ? **tsm_agefin**

Est-ce (ou était-ce) un traitement par (plusieurs réponses possibles) : **tsm_type** **[F_TypTsm]**

- Hormones (par voie orale, patch ou gel cutané) **1**
- Traitement hormonal vaginal **2**
- Traitement non hormonal contre les bouffées de chaleur **3**
- Homéopathie **4**
- Plantes **5**
- Acupuncture **6**
- Autre **7**

- **Si hormones** Pendant combien de temps en tout avez-vous pris ce traitement hormonal (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez pris) ? **tsm_thm_dur**
 - Moins d'1 an 1
 - Entre 1 et 3 ans 2
 - Entre 3 et 5 ans 3 [F_DureeA]
 - Entre 6 et 10 ans 4
 - De 11 ans à 20 ans 5
 - + de 20 ans 6
- **(Si plantes)** Vous prenez (ou vous avez pris) un traitement à base de plantes, s'agit-il de phyto-œstrogènes (dont les extraits de soja) ? **tsm_phyto**
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
- **Si oui** Pendant combien de temps en tout avez-vous pris ces phyto-œstrogènes (en additionnant toutes les périodes où vous les avez pris) ? **tsm_phyto_dur**
 - Moins d'1 an 1
 - Entre 1 et 3 ans 2
 - Entre 3 et 5 ans 3 [F_DureeA]
 - Entre 6 et 10 ans 4
 - De 11 ans à 20 ans 5
 - + de 20 ans 6
- **(Si autre)** Merci de préciser quel est (ou quel était) votre traitement : **tsm_aut**

Pour quelle(s) raison(s) prenez-vous (ou avez-vous pris) ce(s) traitement(s) en rapport avec la ménopause ? **tsm_motif**

- Bien-être 1
- Bouffées de chaleur 2
- Douleurs articulaires 3
- Ostéoporose 4 [F_MotifTsm]
- Sécheresse vaginale 5
- Prescription par le médecin 6
- Autre 7

(si autre) Précisez : **tsm_motif_aut**

PAGE 3 : MEDICAMENTS

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre l'inflammation ?

medoc_infl

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre la douleur ?

medoc_doul

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contenant des corticoïdes (cortisone) ? **medoc_corti**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre l'acidité gastrique ou le reflux gastro-œsophagien ? **medoc_acgas**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre les troubles intestinaux ? **medoc_intest**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) pour fluidifier le sang (dont l'aspirine à faible dose) ? **medoc_sang**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre l'insuffisance cardiaque ? **medoc_icar**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre les troubles du rythme cardiaque ? **medoc_trcar**

[F_FrequenceMedoc]

- Au moins 3 fois par semaine, pendant au moins 6 mois consécutifs **1**
- Régulièrement, mais moins fréquemment que 3 fois par semaine, pendant au moins 6 mois consécutifs **2**
- Sous forme d'injections **3**
- Occasionnellement **4**
- Non **0**

(Si inflammation) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre l'inflammation :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_infl_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_infl_nom**

(Si douleur) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre la douleur :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_doul_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_doul_nom**

(Si corticoïde) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contenant des corticoïdes :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_corti_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_corti_nom**

(Si acidité gastrique) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre l'acidité gastrique ou le reflux gastro-œsophagien :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_acgas_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_acgas_nom**

(Si troubles intestinaux) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre les troubles intestinaux :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_intest_actu** [YorN]
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_intest_nom**

(Si fluidifier le sang) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) pour fluidifier le sang :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_sang_actu** [YorN]
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_sang_nom**

(Si insuffisance cardiaque) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre l'insuffisance cardiaque :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_icar_actu** [YorN]
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_icar_nom**

(Si troubles du rythme) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre les troubles du rythme cardiaque :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_trcar_actu** [YorN]
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_trcar_nom**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre l'hypertension artérielle ? **medoc_hta**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) pour faire baisser le cholestérol ? **medoc_chol**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre le diabète ? **medoc_diab**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre la fragilité osseuse (ostéoporose) ? **medoc_os**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre la sécheresse oculaire ? **medoc_ocu**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) pour dormir ? **medoc_sleep**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre l'anxiété, l'anxiété ? **medoc_anx**

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous pris un (ou des) médicament(s) contre la dépression ? **medoc_depr**

[F_FrequenceMedoc]

- Au moins 3 fois par semaine, pendant au moins 6 mois consécutifs **1**
- Régulièrement, mais moins fréquemment que 3 fois par semaine, pendant au moins 6 mois consécutifs **2**
- Sous forme d'injections **3**
- Occasionnellement **4**
- Non **0**

(Si hypertension artérielle (toute fréquence)) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre l'hypertension artérielle :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_hta_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_hta_nom**

(Si cholestérol) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) pour faire baisser le cholestérol :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_chol_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_chol_nom**

(Si diabète) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre le diabète :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_diab_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_diab_nom**

(Si fragilité osseuse) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre la fragilité osseuse :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_os_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_os_nom**

(Si sécheresse oculaire) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre la sécheresse oculaire :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_ocu_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_ocu_nom**

(Si pour dormir) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) pour dormir :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_sleep_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_sleep_nom**

(Si angoisse) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre l'angoisse, l'anxiété :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_anx_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_anx_nom**

(Si dépression) Vous avez pris un (ou des) médicament(s) contre la dépression :

- Le(s) prenez-vous encore actuellement ? oui / non **medoc_depr_actu [YorN]**
- Si possible, pouvez-vous préciser le nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs) : **medoc_depr_nom**

Actuellement, combien de médicaments différents (hors homéopathie) prenez-vous **au moins 3 fois par semaine** ? * **medoc_nb**

(Si nb de médicaments > = 1) Si certains ne sont pas remboursés, pouvez-vous préciser leurs noms ? **medoc_nom**

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments ou compléments alimentaires contenant des vitamines ou minéraux ou d'autres types de compléments alimentaires ? (Exemple : plantes, mélatonine, oméga 3...) **medoc_cplmt**

[F_FrequenceY]

- Non 0
- Oui, tous les jours ou presque 3
- Oui, régulièrement 2
- Oui, occasionnellement 1

PAGE 4 : AUTRES TRAITEMENTS

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous suivi une psychothérapie (avec un psychanalyste, un psychiatre ou un psychologue) ? * **trta_psy**

- Oui 1 **[YorN]**
- Non 0

Depuis le dernier questionnaire, avez-vous eu recours à des médecines complémentaires ou alternatives (homéopathie, huiles essentielles, acupuncture, ostéopathie, sophrologie, hypnose...) ? ***trta_trt** **[YorN]**

- Oui 1
- Non 0

(Si oui)

Pouvez-vous préciser laquelle (ou lesquelles) ? **trta_typ** **[F_Med_Alt]**

- Acupuncture 6
- Aromathérapie (huiles essentielles) 1
- Homéopathie 4
- Hypnose 2
- Ostéopathie 3
- Naturopathie 5
- Réflexologie 7
- Sophrologie 8
- Autre 9

(si autre) Précisez : **trta_aut**

(Si oui)

À quelle fréquence ? **trta_freq** **[F_FrequenceE]**

- Une seule fois 1
- De temps en temps 2
- Régulièrement 3

PAGE 5 : VALIDATION

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires : [coms](#)

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?* [complet](#) [YorN]

- ☐ Oui **1**
- ☐ Non **0**

(Si oui)

Validation de votre questionnaire : [valider](#) [F_ValidQuest]

☐ En cochant cette case, vous validez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité d'y revenir. N'oubliez pas de cliquer sur le bouton Enregistrer et quitter. **1**

TABAC 2

TABAC ET AUTRES SUBSTANCES

== == RAPPELS SUR LE FONCTIONNEMENT DES QUESTIONNAIRES == ==

*** Un astérisque signifie que la question est obligatoire.**

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter certaines erreurs, incompréhensions ou fautes de frappe.

Les **erreurs bloquantes, en rouge**, doivent être corrigées pour valider la page.

Les **avertissements, en orange**, vous invitent simplement à vérifier votre réponse.

En bas de chaque page, vous trouverez 3 boutons :

1. « **Annuler** » efface les informations remplies et ferme le questionnaire ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Enregistrer et quitter** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page

« Validation » : indiquez que vous avez terminé, cochez la case validation et, pour finir, cliquez sur le bouton « Enregistrer et quitter ».

== == == == == == == ==

PAGE 1 : VOTRE CONSOMMATION DE TABAC :

Les questions sur le tabac portent sur des événements survenus depuis vos dernières réponses à ce questionnaire. Vous pourrez retrouver dans notre courriel d'invitation la date à laquelle vous l'aviez rempli.

- Depuis le dernier questionnaire, avez-vous consommé du tabac ? * **tbc_conso2 [YorN]**
 - Oui **1**
 - Non **0**

(Si oui)

- Fumez-vous encore actuellement ? **tbc_conso_now [YorN]**
 - Oui **1**
 - Non **0**
 - **(Si fumeur actuel)** Quel(s) type(s) de tabac fumez-vous ? **tbc_typ [F_TypTabac]**
 - Cigarettes **1**
 - Cigarettes sans filtre **2**
 - Cigarettes roulées avec filtre **3**
 - Cigarettes roulées sans filtre **4**
 - Cigarillos **5**
 - Cigares **6**
 - Pipes **7**

- Chichas (ou narguils) 8
- (Si cigarettes) Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? tbc_typ1_qte1 [F_TbcFreq1Jour]
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? tbc_typ1_qte2
- (Si cigarettes sans filtre) Combien de cigarettes sans filtre fumez-vous par jour ? tbc_typ2_qte1 [F_TbcFreq1Jour]
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? tbc_typ2_qte2
- (Si cigarettes roulées avec filtre) Combien de cigarettes roulées avec filtre fumez-vous par jour ? tbc_typ3_qte1 [F_TbcFreq1jour]
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? tbc_typ3_qte2
- (Si cigarettes roulées sans filtre) Combien de cigarettes roulées sans filtre fumez-vous par jour ? tbc_typ4_qte1 [F_TbcFreq1jour]
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? tbc_typ4_qte2
- (Si cigarillos) Combien de cigarillos fumez-vous par jour ? tbc_typ5_qte1 [F_TbcFreq1jour]
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? tbc_typ5_qte2
- (Si cigares) Combien de cigares fumez-vous par jour ? tbc_typ6_qte1 [F_TbcFreq1jour]
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? tbc_typ6_qte2
- (Si pipes) Combien de pipes fumez-vous par jour ? tbc_typ7_qte1 [F_TbcFreq1jour]
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? tbc_typ7_qte2

- (Si chichas) Combien de chichas fumez-vous par jour ? **tbc_typ8_qte1** **[F_TbcFreq1jour]**
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumez-vous par jour en moyenne ? **tbc_typ8_qte2**
- (Si ex-fumeur) À quel âge avez-vous arrêté ? **tbc_agefin**
- (Si ex-fumeur) Quel(s) type(s) de tabac fumiez-vous ? **tbc_xtyp** **[F_TypTabac]**
 - Cigarettes 1
 - Cigarettes sans filtre 2
 - Cigarettes roulées avec filtre 3
 - Cigarettes roulées sans filtre 4
 - Cigarillos 5
 - Cigares 6
 - Pipes 7
 - Chichas (ou narguils) 8
- (Si cigarettes) Combien de cigarettes fumiez-vous par jour ? **tbc_xtyp1_qte1** **[F_TbcFreq1jour]**
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumiez-vous par jour en moyenne ? **tbc_xtyp1_qte2**
- (Si cigarettes sans filtre) Combien de cigarettes sans filtre fumiez-vous par jour ? **tbc_xtyp2_qte1** **[F_TbcFreq1jour]**
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumiez-vous par jour en moyenne ? **tbc_xtyp2_qte2**
- (Si cigarettes roulées avec filtre) Combien de cigarettes roulées avec filtre fumiez-vous par jour ? **tbc_xtyp3_qte1** **[F_TbcFreq1jour]**
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumiez-vous par jour en moyenne ? **tbc_xtyp3_qte2**
- (Si cigarettes roulées sans filtre) Combien de cigarettes roulées sans filtre fumiez-vous par jour ? **tbc_xtyp4_qte1** **[F_TbcFreq1jour]**
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumiez-vous par jour en moyenne ? **tbc_xtyp4_qte2**
- (Si cigarillos) Combien de cigarillos fumiez-vous par jour ? **tbc_xtyp5_qte1** **[F_TbcFreq1jour]**
 - Moins d'1 par jour 0
 - 1 par jour ou + 1

- (Si 1 par jour ou +) Combien en fumiez-vous par jour en moyenne ? **tbc_xtyp5_qte2**
- (Si cigares) Combien de cigares fumiez-vous par jour ? **tbc_xtyp6_qte1**
[F_TbcFreq1jour]
 - Moins d'1 par jour **0**
 - 1 par jour ou + **1**
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumiez-vous par jour en moyenne ? **tbc_xtyp6_qte2**
- (Si pipes) Combien de pipes fumiez-vous par jour ? **fum_xtyp7_qte1**
[F_TbcFreq1jour]
 - Moins d'1 par jour **0**
 - 1 par jour ou + **1**
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumiez-vous par jour en moyenne ? **tbc_xtyp7_qte2**
- (Si chichas) Combien de chichas fumiez-vous par jour ? **tbc_xtyp8_qte1**
[F_TbcFreq1jour]
 - Moins d'1 par jour **0**
 - 1 par jour ou + **1**
 - (Si 1 par jour ou +) Combien en fumiez-vous par jour en moyenne ? **tbc_xtyp8_qte2**
- Depuis le dernier questionnaire, avez-vous travaillé ou vécu dans une pièce enfumée ?*
tbc_passif2 [YorN]
 - Oui **1**
 - Non **0**
 - (Si oui) Combien d'heures par jour environ ? **tbc_passif2_h**
 - (Si oui) Travaillez-vous ou vivez-vous actuellement dans une pièce enfumée ?
tbc_passif_now [YorN]
 - Oui **1**
 - Non **0**

PAGE 2 : VOTRE CONSOMMATION DE CIGARETTE ELECTRONIQUE

Au cours de votre vie, avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique ? * **ecig_vie**

- Oui **1** [YorN]
- Non **0**

(Si oui)

- À quel âge avez-vous commencé à l'utiliser ? **ecig_age_deb**
- Avez-vous déjà arrêté puis recommencé ? **ecig_re**
 - Oui **1** [YorN]
 - Non **0**

(Si oui arrêt) Combien de temps ces période(s) d'arrêt ont-elles duré ? (Si vous n'utilisez plus la cigarette électronique, merci de prendre en compte seulement les périodes d'arrêt avant votre arrêt définitif.) **ecig_tp_stop [F_Ecigarette]**

- Moins d'1 an 0
- 1 an ou + 1
 - (Si + d'1 an) Combien d'années au total ces périodes d'arrêt ont-elles duré ?
Si vous n'utilisez plus la cigarette électronique, merci de prendre en compte
seulement les périodes d'arrêt avant votre arrêt définitif ecig_stop_nby

(Si oui) Combien d'années au total avez-vous utilisé la cigarette électronique, en comptant
l'ensemble des périodes d'utilisation ? ecig_use_nby

(si oui)

Utilisez-vous encore la cigarette électronique actuellement ? ecig_now

- Oui 1 [YorN]
- Non 0
 - (Si oui actuellement) Combien de recharges standard par mois consommez-vous en moyenne ? (1 recharge standard = 10 mL) tbc_ecig_nb
 - (Si oui actuellement) Quel est le taux de nicotine habituel de vos recharges ?
tbc_ecig_tx [F_eCigTx]
 - 0 mg/ml 0
 - 3 mg/ml 1
 - 5 ou 6 mg/ml 2
 - 9 mg/ml 3
 - 11 ou 12 mg/ml 4
 - 16 ou 18 mg/ml 5
 - 19,6 mg/ml 6
 - Si oui, actuellement Utilisez-vous des e-liquides contenant du CBD
(cannabidiol) ? ecig_cbd
 - Oui 1 [YorN]
 - Non 0
 - (Si oui cbd) Combien de recharges standard de CBD par mois consommez-vous en moyenne ? (1 recharge standard = 10 mL) ecig_cbd_nb
 - Si oui cbd, À quelle concentration de CBD ? ecig_cbd_conc [F_eCigConc]
 - Inférieure à 300 mg/ml 1
 - Supérieure ou égale à 300 mg/ml 2

(Si oui) Pour quelle(s) raison(s) utilisez-vous la cigarette électronique ? (plusieurs réponses possibles)
tbc_ecig_why [F_eCigWhy]

- Par goût 1
- Pour réduire ma consommation de tabac 2
- Pour arrêter de fumer 3
- Pour réduire ma dépendance à la nicotine 4
- Par curiosité 5
- Pour la liberté d'usage 6
- Par respect pour l'entourage (pour ne pas déranger) 7

PAGE 3 – VOTRE CONSOMMATION DE CANNABIS

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ? *(Les produits non-psychoactifs riches en CBD sont à déclarer à la page suivante.)*

cnbs_conso_vie [F_YorN_EC]

- Oui 1
- Non 0
- Ne souhaite pas répondre 9

Si oui, Avez-vous déjà consommé du cannabis de manière régulière (au moins une fois par mois) ?

cnbs_conso_regul

- Oui 1 [YorN]
- Non 0

(Si oui, a déjà consommé) À quel âge avez-vous fait usage de cannabis pour la première fois ?

cnbs_age_deb

(si oui régulier) À quel âge êtes-vous devenu usager régulier (consommation au moins 1 fois par mois) ?

si oui déjà consommé Actuellement, consommez-vous du cannabis (haschisch, marijuana, herbe, joint, shit) ? **cnbs_conso_now** [F_YorN_EC]

- Oui 1
- Non 0
- Ne souhaite pas répondre 9

Si oui actuel, À quelle fréquence en consommez-vous ? **cnbs_conso_fq** [F_FrequenceW]

- Moins d'1 fois par mois 1
- 1 à 2 fois par mois 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Tous les jours ou presque 4

(Si oui consommateur actuel) Pour quelle(s) raison(s) consommez-vous actuellement du cannabis ?
(Plusieurs réponses possibles) **cnbs_conso_now_why** [F_CannabisWhy]

- Pour améliorer votre sommeil 1
- Pour améliorer votre moral 2
- Pour d'autres questions de santé mentale 3
- Pour atténuer vos douleurs physiques 4
- Pour d'autres questions de santé physique 5
- Pour éviter les symptômes de manque 6
- Par curiosité 7
- Pour sociabiliser 8
- Par goût / pour le plaisir 9
- Pour aucune de ces raisons 0

Si oui, consommateur actuel

Quelle forme de cannabis utilisez-vous principalement ? **cnbs_conso_form** [F_FormeCannabis]

- Herbe (beuh, weed) 1
- Résine (shit, haschich) 2
- Autre 3
 - Si autre : Merci de préciser : ...

[si oui, usage actuel] Mélangez-vous le cannabis au tabac ? **cnbs_tbc** [F_FrequenceV]

- Jamais 0
- Parfois 1
- Souvent ou toujours 2

(Si oui déjà fumé et pas consommateur actuel) Combien d'années au total avez-vous consommé du cannabis, en comptant l'ensemble des périodes d'utilisation ? **cnbs_conso_nby**

(Si oui déjà fumé pas consommateur actuel) Pour quelle(s) raison(s) consommiez-vous généralement du cannabis ? (*Plusieurs réponses possibles*) **cnbs_conso_why** [F_CannabisWhy]

- Pour améliorer votre sommeil 1
- Pour améliorer votre moral 2
- Pour d'autres questions de santé mentale 3
- Pour atténuer vos douleurs physiques 4
- Pour d'autres questions de santé physique 5
- Pour éviter les symptômes de manque 6
- Par curiosité 7
- Pour sociabiliser 8
- Par goût / pour le plaisir 9
- Pour aucune de ces raisons 0

PAGE 4 : VOTRE CONSOMMATION DE CBD

Avez-vous déjà consommé du CBD (cannabidiol) (huile, cannabis sans THC, etc.) sauf consommation par e-cigarette ? (*La consommation par e-cigarette est à indiquer dans la page précédente sur les cigarettes électroniques.*) **cbd_conso_vie** [F_YorN_EC]

- Oui 1
- Non 0
- Ne souhaite pas répondre 9

Si oui, Sous quelle(s) forme(s) ? (*Plusieurs réponses possibles*) **cbd_conso_typ** [F_CBDTypes]

- Huile 1
- Cachets, comprimés, gélules 2
- Cannabis sans THC (herbe à fumer ou à vaporiser) 3
- Crème 4
- Tisane 5
- Comestible (bonbons, boissons prêtes à l'emploi, etc.) 6

- Concentrés (wax, résine, poudre, isolat, etc.) 7
- Autre 8

Si huiles Consommez-vous actuellement de l'huile de CBD ? [cbd_huil_now](#) [F_FrequencyX]

- Jamais 0
- Moins d'1 fois par mois 1
- 1 à 2 fois par mois 2
- Au moins 1 fois par semaine 3
- Tous les jours ou presque 4

Si Cachets, comprimés, gélules Consommez-vous actuellement du CBD sous forme de cachets, comprimés, gélules ? [cbd_cap_now](#) [F_FrequencyX]

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 à 2 fois par mois
- Au moins 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

Si Cannabis sans THC (herbe à fumer ou vaporiser) Consommez-vous actuellement du CBD sous forme de cannabis sans THC (herbe à fumer ou à vaporiser) ? [cbd_fum_now](#) [F_FrequencyX]

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 à 2 fois par mois
- Au moins 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

Si crème Consommez-vous actuellement du CBD sous forme de crème ? [cbd_crem_now](#) [F_FrequencyX]

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 à 2 fois par mois
- Au moins 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

Si Tisane Consommez-vous actuellement du CBD sous forme de tisane ? [cbd_tis_now](#) [F_FrequencyX]

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 à 2 fois par mois
- Au moins 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

Si Comestible Consommez-vous actuellement du CBD sous forme comestible ? [cbd_com_now](#) [F_FrequencyX]

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois

- 1 à 2 fois par mois
- Au moins 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

Si concentrés, Consommez-vous actuellement du CBD sous forme de concentrés ? [cbd_conc_now](#)

[F_FrequencyX]

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 à 2 fois par mois
- Au moins 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

Si autre, Consommez-vous actuellement du CBD sous cette autre forme ? [cbd_aut_now](#)

[F_FrequencyX]

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 à 2 fois par mois
- Au moins 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

PAGE 5 : VALIDATION

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires : [coms](#)

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ? *[complet](#) [YorN]

- ☐ Oui **1**
- ☐ Non **0**

(Si oui)

Validation de votre questionnaire : [valider](#) [F_ValidQuest]

☐ En cochant cette case, vous validez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité d'y revenir. N'oubliez pas de cliquer sur le bouton enregistrer et quitter.

SOMMEIL

== == RAPPELS SUR LE FONCTIONNEMENT DES QUESTIONNAIRES == ==

*** Un astérisque signifie que la question est obligatoire.**

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter certaines erreurs, incompréhensions ou fautes de frappe.

Les **erreurs bloquantes, en rouge**, doivent être corrigées pour valider la page.

Les **avertissements, en orange**, vous invitent simplement à vérifier votre réponse.

En bas de chaque page, vous trouverez 3 boutons :

1. « **Annuler** » efface les informations remplies et ferme le questionnaire ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Enregistrer et quitter** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page

« Validation » : indiquez que vous avez terminé, cochez la case validation et, pour finir, cliquez sur le bouton « Enregistrer et quitter ».

== == == == == == == ==

VOS HABITUDES DE SOMMEIL

Les questions suivantes ont trait à vos habitudes de sommeil **pendant le dernier mois seulement**. Vos réponses doivent indiquer ce qui correspond aux expériences que vous avez eues pendant la majorité des jours et des nuits au cours du dernier mois.

On dit parfois que quelqu'un est du matin ou du soir. Vous considérez-vous comme étant du matin ou du soir ? **chronotyp [F_Chronotype]** :

- Tout à fait du soir **1**
- Plutôt du soir **2**
- Plutôt du matin **3**
- Tout à fait du matin **4**

Au cours du mois dernier, à quelle heure êtes-vous habituellement allé(e) vous coucher ? Veuillez indiquer votre **heure habituelle du coucher** selon le format 24 heures (ex : 22h30).

Heure :* **som_couch_h** Minute(s) : **som_couch_mn**

Au cours du mois dernier, combien vous a-t-il habituellement fallu de **temps (en minutes) pour vous endormir** chaque soir ?

Nombre de minutes :* **som_endor_mn**

Au cours du mois dernier, à quelle heure vous êtes-vous habituellement levé(e) le matin ? Veuillez indiquer votre **heure habituelle du lever** selon le format 24 heures (ex : 07h30).

Heure : * **som_lev_h** Minute(s) : **som_lev_mn**

Au cours du mois dernier, combien d'**heures de sommeil effectif** avez-vous eues chaque nuit ? (On entend par sommeil "effectif" le nombre d'heures passées à dormir. Ce nombre peut être différent du nombre d'heures passées au lit.)

Heures : * **som_effect_h** Minute(s) : **som_effect_mn**

Au cours du mois dernier, précisez à quelle fréquence vous avez eu des troubles du sommeil car...

[F_FrequenceU] :

- Pas au cours du dernier mois **0**
 - Moins d'une fois par semaine **1**
 - Une ou deux fois par semaine **2**
 - Trois fois par semaine ou plus **3**
-
- ... vous n'avez pas pu vous endormir en moins de 30 minutes : * **som_troub_1**
 - ... vous vous êtes réveillé(e) au milieu de la nuit ou précocement le matin : * **som_troub_2**
 - ... vous avez dû vous lever pour aller aux toilettes : * **som_troub_3**
 - ... vous n'avez pas pu respirer correctement : * **som_troub_4**
 - ... vous avez toussé ou ronflé bruyamment : * **som_troub_5**
 - ... vous avez eu trop froid : * **som_troub_6**
 - ... vous avez eu trop chaud : * **som_troub_7**
 - ... vous avez eu de mauvais rêves : * **som_troub_8**
 - ... vous avez eu des douleurs : * **som_troub_9**
 - Vous avez eu des troubles du sommeil pour d'autre(s) raison(s) : * **som_troub_10**

(Si : {cmp_sommeil.som_troub_10}=1 OR {cmp_sommeil.som_troub_10}=2 OR {cmp_sommeil.som_troub_10}=3) Merci de préciser cette (ces) autre(s) raison(s) : **som_troub_aut**

Au cours du mois dernier, comment évalueriez-vous globalement la qualité de votre sommeil ?*

som_qualite **[F_QualiteSleep]**

- Très bonne **0**
- Assez bonne **1**
- Assez mauvaise **2**
- Très mauvaise **3**

Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous pris des médicaments (prescrits par votre médecin ou achetés sans ordonnance) pour faciliter votre sommeil ?* **som_medoc** **[F_FrequenceU]**

- Pas au cours du dernier mois **0**
- Moins d'une fois par semaine **1**
- Une ou deux fois par semaine **2**
- Trois fois par semaine ou plus **3**

Au cours du mois dernier, combien de fois avez-vous eu des difficultés à demeurer éveillé(e) pendant que vous conduisiez, preniez vos repas, étiez occupé(e) dans une activité sociale ?* **som_diff_eveil** [F_FrequenceU]

- Pas au cours du dernier mois **0**
- Moins d'une fois par semaine **1**
- Une ou deux fois par semaine **2**
- Trois fois par semaine ou plus **3**

Au cours du mois dernier, était-ce un problème pour vous d'avoir assez d'enthousiasme pour faire ce que vous aviez à faire ?* **som_enthous** [F_Probleme]

- Pas du tout un problème **0**
- Seulement un tout petit problème **1**
- Un certain problème **2**
- Un très gros problème **3**

Avez-vous un(e) conjoint(e) ou un(e) camarade de chambre ? **som_conjoint** [F_ConjointSleep]

- Ni l'un, ni l'autre **1**
- Oui, mais dans une chambre différente **2**
- Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit **3**
- Oui, dans le même lit **4**

Si Oui, dans la même chambre mais pas dans le même lit ou Oui, dans le même lit Si vous partagez votre chambre avec quelqu'un, demandez-lui combien de fois le mois dernier vous avez présenté...

[F_FrequenceU]

- Pas au cours du dernier mois **0**
- Moins d'une fois par semaine **1**
- Une ou deux fois par semaine **2**
- Trois fois par semaine ou plus **3**
- ... un ronflement fort : **som_q_conj_1**
- ... de longues pauses respiratoires pendant votre sommeil : **som_q_conj_2**
- ... des saccades ou des secousses des jambes pendant que vous dormiez : **som_q_conj_3**
- ... des épisodes de désorientation ou de confusion pendant le sommeil : **som_q_conj_4**
- ... d'autres motifs d'agitation pendant le sommeil : **som_q_conj_5**

VALIDATION

Si vous n'avez pas de commentaires à nous faire, vous pouvez valider définitivement votre questionnaire. En revanche, si vous avez des informations supplémentaires à nous communiquer ou que vous pensez que votre situation n'est que partiellement prise en compte dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous donner ces précisions ci-dessous.

Commentaires : **coms**

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ? ***complet** [YorN]

- ☐ Oui **1**
- ☐ Non **0**

(Si oui)

Validation de votre questionnaire : [valider](#) **[F_ValidQuest]**

☐ En cochant cette case, vous validez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité d'y revenir. N'oubliez pas de cliquer sur le bouton enregistrer et quitter. **1**