



COHORTE E3N-GÉNÉRATIONS

TROISIÈME QUESTIONNAIRE DE LA GÉNÉRATION 2 E3N-G2-Q3

De décembre 2025 à mai 2026, le troisième questionnaire général a été posé aux volontaires G2.

Il comporte 8 thématiques : 7 d'entre elles mettent à jour les données déjà recueillies ; le questionnaire « Antécédents familiaux de cancer » est posé pour la première fois.

Sommaire

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CANCER.....	2
ANTHROPOMÉTRIE 2.....	56
BIEN VIEILLIR.....	60
ÉTAT DE SANTÉ 3.....	66
EXAMENS PRATIQUÉS 2.....	125
HORMONES ET VIE REPRODUCTIVE 2.....	138
MORAL 2.....	149
OPÉRATIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS 3.....	153

Légende

[Nom du format]

Nom de la variable

* = question obligatoire

Texte identique à l'inclusion

Italique = champ texte

(condition d'affichage)

nom du questionnaire

Modification dans le suivi

Titre conteneur

Titre Page

(info bulle)

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CANCER

Q_atcd_fam

Généralités

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

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

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter des 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. « **Précédent** » vous permet de revenir à la page précédente ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Finir plus tard** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page en cliquant sur le bouton « **Terminer** ».

Pour commencer à répondre au questionnaire, cliquez sur « COMMENCER ».

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

Antécédents familiaux de cancer

Le questionnaire qui suit porte sur vos antécédents familiaux de **cancers**. Les questions portent sur des **membres de votre famille avec lesquels vous partagez des liens biologiques**. Si vous avez des demi-frères ou demi-sœurs, si vous avez été adopté(e) ou que vous avez adopté un ou plusieurs enfants, merci de ne pas les considérer dans ce questionnaire.

nb_k_fam Combien de personnes parmi les membres de votre famille biologique (père, mère, frères, sœurs, fils, filles) ont-elles eu un ou plusieurs diagnostic(s) de cancer ? *

|__|__| 0-15

Si nb_k_fam >= 1

Premier proche

k_fam1 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam1_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam1_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam1_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si prostate coché

k_fam1_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Intestin coché

k_fam1_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si poumon coché

k_fam1_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si vessie coché

k_fam1_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam1_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam1_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Utérus coché

k_fam1_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam1_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam1_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam1_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam1_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam1_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam1_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam1_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam1_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été
diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam1_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam1_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam1_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam1_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=2

Deuxième proche

k_fam2 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam2_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14

Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam2_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam2_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si prostate coché

k_fam2_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Intestin coché

k_fam2_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si poumon coché

k_fam2_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si vessie coché

k_fam2_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam2_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam2_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Utérus coché

k_fam2_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si ORL coché

k_fam2_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Rein coché

k_fam2_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Foie coché

k_fam2_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam2_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si peau coché

k_fam2_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome 1

Un autre cancer de la peau 2

k_fam2_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam2_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam2_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam2_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam2_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam2_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam2_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=3

Troisième proche

k_fam3 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam3_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam3_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam3_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si prostate coché

k_fam3_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Intestin coché

k_fam3_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si poumon coché

k_fam3_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ?
UR

|_|_| 1-99

Si vessie coché

k_fam3_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ?
UR

|_|_| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam3_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam3_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Utérus coché

k_fam3_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ?
UR

|_|_| 1-99

Si ORL coché

k_fam3_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Rein coché

k_fam3_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Foie coché

k_fam3_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam3_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam3_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam3_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam3_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam3_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été
diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam3_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam3_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Myélome coché

k_fam3_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Autre coché

k_fam3_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si nb_k_fam>=4

Quatrième proche

k_fam4 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam4_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16

Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam4_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam4_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si prostate coché

k_fam4_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Intestin coché

k_fam4_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si poumon coché

k_fam4_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si vessie coché

k_fam4_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam4_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam4_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Utérus coché

k_fam4_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam4_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam4_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam4_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam4_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam4_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam4_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam4_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam4_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam4_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam4_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam4_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam4_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=5

Cinquième proche

k_fam5 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3

Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam5_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam5_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam5_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si prostate coché

k_fam5_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Intestin coché

k_fam5_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si poumon coché

k_fam5_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si vessie coché

k_fam5_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam5_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam5_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Utérus coché

k_fam5_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam5_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam5_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam5_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam5_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam5_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam5_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam5_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam5_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam5_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam5_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam5_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam5_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=6

Sixième proche

k_fam6 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam6_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam6_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam6_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si prostate coché

k_fam6_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Intestin coché

k_fam6_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si poumon coché

k_fam6_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si vessie coché

k_fam6_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam6_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam6_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Utérus coché

k_fam6_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam6_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam6_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam6_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam6_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam6_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam6_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam6_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam6_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam6_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|_|_| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam6_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Myélome coché

k_fam6_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Autre coché

k_fam6_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si nb_k_fam>=7

Septième proche

k_fam7 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam7_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam7_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam7_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si prostate coché

k_fam7_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Intestin coché

k_fam7_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si poumon coché

k_fam7_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si vessie coché

k_fam7_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam7_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam7_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Utérus coché

k_fam7_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam7_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam7_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam7_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam7_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam7_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam7_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam7_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam7_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été
diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam7_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam7_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam7_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam7_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si nb_k_fam>=8

Huitième proche

k_fam8 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam8_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam8_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam8_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si prostate coché

k_fam8_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Intestin coché

k_fam8_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si poumon coché

k_fam8_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si vessie coché

k_fam8_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam8_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam8_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Utérus coché

k_fam8_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam8_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam8_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam8_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam8_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam8_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam8_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam8_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam8_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam8_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam8_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam8_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam8_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=9

Neuvième proche

k_fam9 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam9_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
------	---

Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam9_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam9_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si prostate coché

k_fam9_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Intestin coché

k_fam9_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si poumon coché

k_fam9_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si vessie coché

k_fam9_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam9_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam9_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Utérus coché

k_fam9_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ?

UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam9_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam9_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam9_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam9_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam9_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam9_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam9_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam9_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam9_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam9_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam9_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam9_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=10

Dixième proche

k_fam10 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam10_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam10_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam10_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si prostate coché

k_fam10_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Intestin coché

k_fam10_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si poumon coché

k_fam10_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si vessie coché

k_fam10_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam10_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam10_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Utérus coché

k_fam10_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam10_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam10_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam10_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam10_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam10_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam10_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam10_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam10_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam10_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam10_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam10_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam10_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=11

Onzième proche

k_fam11 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam11_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam11_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam11_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si prostate coché

k_fam11_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Intestin coché

k_fam11_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si poumon coché

k_fam11_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si vessie coché

k_fam11_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam11_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam11_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Utérus coché

k_fam11_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si ORL coché

k_fam11_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Rein coché

k_fam11_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Foie coché

k_fam11_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam11_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si peau coché

k_fam11_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam11_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam11_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam11_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam11_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam11_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam11_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam11_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=12

Douzième proche

k_fam12 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam12_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam12_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam12_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si prostate coché

k_fam12_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Intestin coché

k_fam12_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si poumon coché

k_fam12_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si vessie coché

k_fam12_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam12_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam12_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Utérus coché

k_fam12_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si ORL coché

k_fam12_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Rein coché

k_fam12_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Foie coché

k_fam12_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam12_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si peau coché

k_fam12_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam12_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Estomac coché

k_fam12_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam12_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam12_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam12_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam12_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam12_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam>=13

Treizième proche

k_fam13 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam13_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4

Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam13_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam13_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si prostate coché

k_fam13_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Intestin coché

k_fam13_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si poumon coché

k_fam13_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si vessie coché

k_fam13_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam13_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ?
UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam13_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Utérus coché

k_fam13_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si ORL coché

k_fam13_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Rein coché

k_fam13_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Foie coché

k_fam13_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam13_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si peau coché

k_fam13_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome 1

Un autre cancer de la peau 2

k_fam13_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ?
UR

|_|_| 1-99

Si Estomac coché

k_fam13_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?
UR

|_|_| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam13_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été
diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam13_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|_|_| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam13_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Myélome coché

k_fam13_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Autre coché

k_fam13_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si nb_k_fam>=14

Quatorzième proche

k_fam14 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam14_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11
Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam14_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam14_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si prostate coché

k_fam14_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Intestin coché

k_fam14_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si poumon coché

k_fam14_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si vessie coché

k_fam14_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam14_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam14_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Utérus coché

k_fam14_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si ORL coché

k_fam14_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Rein coché

k_fam14_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Foie coché

k_fam14_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam14_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si peau coché

k_fam14_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

Un mélanome **1**

Un autre cancer de la peau **2**

k_fam14_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Estomac coché

k_fam14_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam14_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam14_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam14_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam14_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam14_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si nb_k_fam=15

Quinzième proche

k_fam15 Il s'agissait de votre : * **[F_fam]**

Père	1
Mère	2
Frère	3
Sœur	4
Fils	5
Fille	6

k_fam15_loc Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? * **[F_fam_KLoc]**

Sein	1
Prostate	2
Intestin (côlon/rectum)	3
Poumon	4
Vessie	5
Ovaire	6
Endomètre	7
Utérus	8
ORL	9
Rein	10
Foie	11

Pancréas	12
Peau	13
Estomac	14
Thyroïde	15
Leucémie	16
Lymphome	17
Myélome	18
Autre : k_fam15_aut Précisez	19

Si Sein coché

k_fam15_sein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du sein a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si prostate coché

k_fam15_prost Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la prostate a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Intestin coché

k_fam15_int Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'intestin (côlon/rectum) a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si poumon coché

k_fam15_poum Quel âge avait votre proche quand ce cancer du poumon a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si vessie coché

k_fam15_vessie Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la vessie a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Ovaire coché

k_fam15_ov Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'ovaire a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Endomètre coché

k_fam15_endo Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'endomètre a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Utérus coché

k_fam15_uterus Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'utérus a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si ORL coché

k_fam15_orl Quel âge avait votre proche quand ce cancer ORL a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Rein coché

k_fam15_rein Quel âge avait votre proche quand ce cancer du rein a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Foie coché

k_fam15_foie Quel âge avait votre proche quand ce cancer du foie a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si Pancréas coché

k_fam15_panc Quel âge avait votre proche quand ce cancer du pancréas a été diagnostiqué ? UR

|_|_| 1-99

Si peau coché

k_fam15_peau_typ De quel cancer de la peau s'agissait-il ? UR **[F_fam_KPeau]**

- | | |
|----------------------------|----------|
| Un mélanome | 1 |
| Un autre cancer de la peau | 2 |

k_fam15_peau Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la peau a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Estomac coché

k_fam15_est Quel âge avait votre proche quand ce cancer de l'estomac a été diagnostiqué ?
UR

|__|__| 1-99

Si Thyroïde coché

k_fam15_thyr Quel âge avait votre proche quand ce cancer de la thyroïde a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Leucémie cochée

k_fam15_leuc Quel âge avait votre proche quand cette leucémie a été diagnostiquée ? UR

|__|__| 1-99

Si Lymphome coché

k_fam15_lymph Quel âge avait votre proche quand ce lymphome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Myélome coché

k_fam15_myel Quel âge avait votre proche quand ce myélome a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Si Autre coché

k_fam15_autre Quel âge avait votre proche quand cet autre cancer a été diagnostiqué ? UR

|__|__| 1-99

Commentaires

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 : **atcd_fam_coms**

Validation

Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous êtes sûr(e) d'avoir fini de répondre, cliquez sur le bouton « Terminer ». Cela fermera définitivement votre questionnaire.

1

ANTHROPOMÉTRIE 2

Anthropometrie2

Généralités

== == 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 : Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page en cliquant sur le bouton « Terminer ».

Pour commencer à répondre au questionnaire, cliquez sur « COMMENCER »

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

Anthropométrie

Pour ce questionnaire, l'idéal serait que vous puissiez vous peser et vous mesurer pour nous fournir des renseignements exacts. Cela dit, si cela retarde trop le remplissage du questionnaire, sachez qu'une mesure approximative vaut mieux qu'une absence d'information.

- Indiquez votre taille, en cm :* **anth_taille [1, 250]**

Plage attendue : entre 140 et 210

Alerte : Merci de vérifier la valeur que vous avez indiquée

Si vous le pouvez, merci de mesurer vos tours de taille et de hanches. Pour ce faire, vous pouvez utiliser un **mètre ruban**, et si vous n'en avez pas, prendre une ficelle ou une ceinture

pour faire le tour de votre corps. Si c'est trop compliqué pour vous d'effectuer ces mesures, passez aux questions suivantes.

- (Pour les femmes) Indiquez votre tour de taille, à l'endroit le plus creux au-dessus du nombril, en cm (à mesurer en fin d'expiration, sans rentrer le ventre) : [anth_ttaille_c \[1, 999\]](#)

Plage attendue : entre 55 et 160

Alerte : Merci de vérifier la valeur que vous avez indiquée

- Indiquez votre tour de taille, au niveau du nombril, en cm (à mesurer en fin d'expiration, sans rentrer le ventre) : [anth_ttaille_n \[1, 999\]](#)

Plage attendue : entre 55 et 200

Alerte : Merci de vérifier la valeur que vous avez indiquée

- Indiquez votre tour de hanches, en cm (à mesurer à l'endroit le plus large) : [anth_thanche \[1, 999\]](#)

Plage attendue : entre 70 et 205

Alerte : Merci de vérifier la valeur que vous avez indiquée

- (Pour les femmes) Êtes-vous actuellement enceinte ?* [anth_enceinte \[YorN\]](#)
 - Oui [1](#)
 - Non [0](#)

(Pour les femmes enceintes) Indiquez votre poids avant le début de votre grossesse, en kg : [anth_pds_avt_gross \[1, 220\]](#)

Plage attendue : entre 40 et 150

Alerte : Merci de vérifier la valeur que vous avez indiquée

(Pour les hommes et femmes non enceintes)

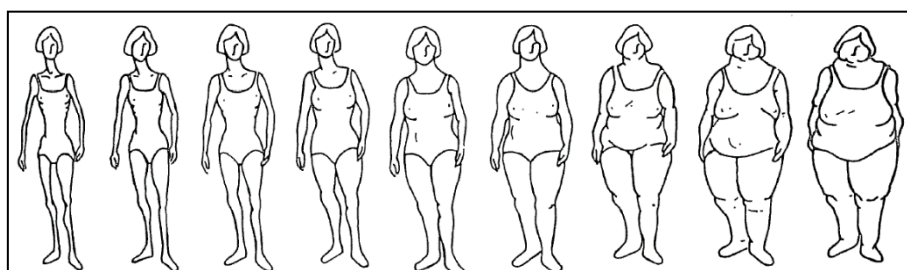
*Si vous le pouvez, merci d'effectuer une mesure de votre poids sur une **balance**. Si vous ne le pouvez pas, ce n'est pas grave, merci d'indiquer votre dernière valeur connue.*

- Indiquez votre poids actuel à jeun le matin, en kg :* [anth_pds](#)
- Vous êtes-vous pesé(e) pour répondre à cette question ? [anth_pesee \[YorN\]](#)

- Oui **1**
- Non **0**
- **(Pour les hommes et pour les femmes non enceintes)** Comment évolue votre poids depuis un an ? **anth_evol_pds [F_EvolPds]**
 - Perte de poids **-1**
 - Poids stable (prise ou perte de moins de 1 kg) **0**
 - Prise de poids **1**
- Depuis un an, avez-vous essayé de perdre du poids ?* **anth_perte_pds [YorN]**
 - Oui **1**
 - Non **0**
- **(Si oui)** Comment avez-vous essayé de perdre du poids ? (plusieurs réponses possibles) **anth_m_perte_pds [F_MPertePds]**
 - En réduisant les quantités consommées **1**
 - En suivant un régime particulier (hyper-protéiné, hypo-calorique...) **2**
 - En surveillant vos habitudes alimentaires **3**
 - En augmentant votre activité physique et sportive (marche, montée d'escaliers...) **4**
 - Avec des compléments alimentaires ou des plantes médicinales **5**
 - Avec des médicaments **6**
 - En ayant recours à la chirurgie **7**
 - Autre (acupuncture, hypnose...) **8**

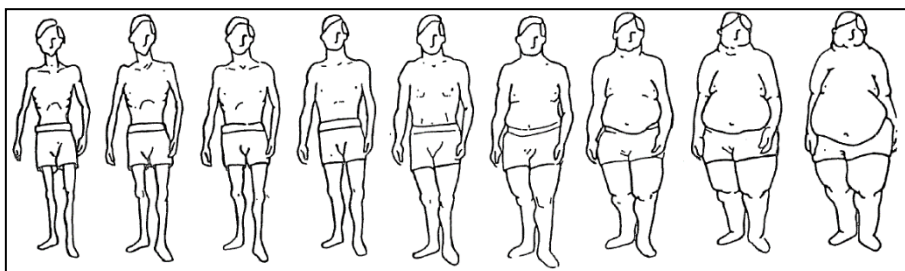
(Pour les femmes + adapter la question selon l'âge)

À l'aide des dessins ci-dessous, indiquez votre morphologie actuelle* : **[anth_morpho_f]**



(Pour les hommes + adapter la question selon l'âge)

À l'aide des dessins ci-dessous, indiquez votre morphologie actuelle* : [\[anth_morpho_h\]](#)



Commentaires

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 : [anth_coms](#)

Validation

Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous êtes sûr(e) d'avoir fini de répondre, cliquez sur le bouton « Terminer ». Cela fermera définitivement votre questionnaire.

BIEN VIEILLIR

Questionnaire pour les > 50 ans

Vous trouverez dans ce questionnaire des questions qui portent sur le vieillissement. Il s'agit d'un processus très progressif qui débute en milieu de vie. C'est pourquoi nous posons ces questions dès 50 ans, même si actuellement vous ne vous sentez peut-être pas concerné.e. Notre objectif est d'identifier des changements très précoces. Cela implique d'interroger les participants avant même ces premiers signes pour observer leur possible apparition ensuite.

Mémoire

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

mem_oubli Des oublis dans les activités courantes :

oui 1
non 2
Je ne sais pas 9

mem_diff Des difficultés à retenir de nouvelles informations simples :

oui 1
non 2
Je ne sais pas 9

Si oui à l'une des questions précédentes : 'if=(mem_oubli {1} : mem_diff {1})'

mem_general Avez-vous parlé à un médecin généraliste de ces symptômes ?

- Oui 1
- Non 0

mem_neuro Avez-vous consulté un neurologue ou un médecin gériatre pour ces symptômes ?

- Oui 1
- Non 0

mem_medoc Vous a-t-on prescrit un médicament pour ces symptômes ?

- Oui 1
- Non 0

Déplacements

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

- 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

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

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

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

- Non 0
- Oui 1

Si oui: 'if=chute{1}'

chute_repet Avez-vous chuté plus d'une fois ?

- Non 0
- Oui 1

Si oui: 'if=chute_repet{1}'

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

- 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...

adl1... pour porter un sac de 5 kg comme un gros sac de provision ?

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

adl2... pour vous servir de vos mains et de vos doigts ?

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

adl3... pour vous baisser, vous agenouiller ?

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

adl4... à marcher 500 mètres ?

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

adl5... à marcher 1 kilomètre ?

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

adl6... pour monter ou descendre une douzaine de marches ?

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

adl7... pour monter ou descendre un escalier de 2 étages ?

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

adl8... pour réaliser un gros travail domestique ?

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

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

- Oui 1
- Non 0

Les questions suivantes concernent vos activités quotidiennes.

Pour chacune d'entre elles, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation. Si vous ne faites pas l'une de ces activités habituellement (par exemple le ménage, la lessive ou la préparation des repas), merci de répondre en pensant à ce que vous seriez capable de faire si vous deviez réaliser cette activité vous-même.

tel Capacité à utiliser le téléphone :

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

courses Faire les courses :

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

transport Moyen de transport :

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

medoc Responsabilité pour la prise des médicaments :

- Je ne prends jamais de médicaments 0
- Je m'occupe moi-même de la prise (dosage et horaire) 1
- Je peux les prendre de moi-même, s'ils sont préparés et dosés à l'avance 2
- Je suis incapable de les prendre de moi-même 3

budget Capacité à gérer son budget :

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

repas Préparation des repas :

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

menage Entretien de la maison :

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

lessive Lessive :

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

Manque d'énergie

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

- Oui 1
- Non 0

aphy_gn 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) ?

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

Perte de poids involontaire

Perte_pds Avez-vous involontairement perdu du poids durant les 12 derniers mois, en dehors d'un régime alimentaire ?

YorN

Si perte de poids involontaire (Q1=1) :

Perte_pds_kg Combien de kilos avez-vous perdus ?

1-100

Activité physique

Act_phy À quelle fréquence pratiquez-vous des activités exigeant des efforts physiques modérés, telles que s'occuper du jardin, nettoyer la voiture, se promener ?

1. Plusieurs fois par semaine
2. Une fois par semaine
3. Une à trois fois par mois
4. Presque jamais ou jamais

Vitesse de marche

Vitesse_marche Comment décririez-vous votre vitesse de marche habituelle (au cours de la semaine passée) ?

1. Très lente
2. Lente
3. Normale
4. Rapide

5. Très rapide

Force de préhension

Force Comment décririez-vous la force musculaire de vos membres supérieurs (bras, mains) (au cours de la semaine passée) ?

- 5.Très bonne
- 4.Bonne
- 3.Normale
- 2.Faible
- 1.Très faible

Validation/coms

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.

Page de validation du template

ÉTAT DE SANTÉ 3

sante3

Généralités

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

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

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter des 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. « **Précédent** » vous permet de revenir à la page précédente ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Finir plus tard** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page en cliquant sur le bouton « **Terminer** ».

Pour commencer à répondre au questionnaire, cliquez sur « COMMENCER ».

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

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

Santé globale

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

- Excellente 5
- Très bonne 4
- Bonne 3
- Médiocre 2
- Mauvaise 1

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Important

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.

Maladies cardiovasculaires

snt_cardio Cochez les maladies cardiovasculaires vous concernant, **diagnostiquées depuis le dernier questionnaire** :*REQUIRED

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|----|
| • 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)

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

(Si Infarctus du myocarde)

Vous avez déclaré **le diagnostic d'un infarctus du myocarde depuis le dernier questionnaire.**

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

- | | |
|----------|---|
| • 1 | 1 |
| • 2 | 2 |
| • 3 ou + | 3 |

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si 2 ou 3+,

snt_infarct_a1 Pourriez-vous préciser en quelle année vous avez eu votre premier infarctus ? AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si angine de poitrine ou infarctus)

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

(Si oui)

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

- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4

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

Si >= 1

snt_stent_a1 Première intervention : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si >= 2

snt_stent_a2 Deuxième intervention : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si >= 3

snt_stent_a3 Troisième intervention : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si = 4

snt_stent_a4 Quatrième intervention : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Artérite des membres inférieurs)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

snt_arter Elle a été traitée :

Plusieurs réponses possibles

- Par pontage ou amputation 1
- Par angioplastie ou stent 2
- Par médicaments 3
- Aucun traitement 0

(Si Anévrisme aortique)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Fibrillation / flutter auriculaire)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

snt_fibri Celle-ci était :

- Permanente 1
- Par crise 2

(Si Autres Troubles du rythme cardiaque)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

snt_trc_aut Merci de préciser lesquels : _____

(Si Insuffisance cardiaque)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Hypertension artérielle traitée)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Phlébite profonde / Embolie pulmonaire)

snt_embo_nb 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 ?

- 1 1
- 2 2
- 3 ou + 3

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si 2 ou 3+,

snt_embo_a1 Pourriez-vous préciser en quelle année vous avez eu votre **première** phlébite profonde/embolie pulmonaire ? AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

snt_valvu_a 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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

snt_valvu_typ Il s'agit :

- D'un rétrécissement 1
- D'une fuite 2
- Autre 3
- Je ne sais pas 9

Si autre,

snt_valvu_typ_aut Merci de préciser :

snt_valvu_loc Il s'agit d'une atteinte de :

- La valve aortique 1
- La valve mitrale 2
- Autre 3
- Je ne sais pas 9

Si autre,

snt_valvu_loc_aut Merci de préciser

(Si autre maladie cardiaque)

Vous avez déclaré le **diagnostic** d'une autre maladie cardiovasculaire **depuis le dernier questionnaire**.

snt_cardio_aut De quelle maladie s'agit-il ? _____

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si une maladie cardiaque cochée)

snt_pm Avez-vous un pacemaker ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

snt_dai Avez-vous un défibrillateur ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Maladies neurologiques et neurovasculaires

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

Plusieurs réponses possibles

- 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.

snt_migrn Elles sont (ou étaient) : [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.

- Les plus fréquentes : les auras visuelles (ex. : migraines ophtalmiques) : taches, lignes, points lumineux, brillants, blancs, rarement colorés ou bien vision floue et même amputation du champ visuel.

- Plus rarement : fourmillements, picotements, surtout au niveau du bras, autour de la bouche et à l'intérieur de la bouche, troubles du langage (on n'arrive pas à exprimer ce qu'on veut dire avec les bons mots)

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

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si vertiges nécessitant un traitement)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si AVC / Hémorragie cérébrale / « attaque »)

snt_avc_a 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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

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

- 1 1
- 2 2
- 3 ou + 3

Si 2 ou 3+,

snt_avc_a1 Pourriez-vous préciser en quelle année vous avez eu votre premier AVC ? AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Maladie de Parkinson)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Sclérose en plaques)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Syndrome Guillain Barré)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation)

snt_memo_a 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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Maladie d'Alzheimer)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si autre maladie neurologique)

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

snt_neuro_aut De quelle maladie s'agit-il ? _____

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Symptômes neurologiques

Snt_trbl_main Souffrez-vous d'un tremblement des mains ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Snt_trbl_jb Souffrez-vous d'un tremblement des bras ou des jambes ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Snt_ecriture Votre écriture est-elle plus petite qu'auparavant ?

- Oui 1 [Lst_yesno]

- Non 0

Snt_voix Votre voix est-elle plus douce qu'auparavant ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Snt_pied Vos pieds traînent-ils lorsque vous marchez ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Snt_lever Avez-vous des difficultés à vous lever d'une chaise ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Sommeil

Snt_somn Combien de fois vous sentez-vous somnolent pendant la majeure partie de la journée ?

- Jamais 1
- Moins d'un jour par mois 2
- Entre 1 à 3 jours par mois 3
- Entre 1 à 2 jours par semaine 4
- Entre 3 à 5 jours par semaine 5
- Entre 6 à 7 jours par semaine 6

Somm_action Est-ce que l'on vous a déjà dit, ou pensez-vous, qu'il vous arrive de « mettre en action vos rêves » lorsque vous dormez dans votre lit (par exemple : donner des coups de poings, bouger les bras dans les airs, faire des mouvements comme si vous courriez, etc.) ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Si oui mise en action

Somm_action_a Depuis combien d'années environ?

_____ années

(Contrôle : entre 1 et l'âge en cours)

Somm_action_3 Ce type d'épisodes a-t-il déjà eu lieu au moins trois fois dans votre vie ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Somm_blesse Vous êtes-vous déjà blessé (e) à cause de ces comportements (ecchymoses, coupures, fractures)?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Somm_blesse_part Votre partenaire de lit a-t-il déjà été blessé (e) par ces comportements (ecchymoses, coups, cheveux tirés) ?

- Oui 1
- Non 2
- Pas de partenaire 3

Reve_attaq Avez-vous des rêves dans lesquels vous vous sentez poursuivi(e) ou attaqué(e) ou qui impliquent que vous devez vous défendre ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Reve_mvt Votre partenaire de lit vous a-t-il déjà dit que les mouvements que vous faites en rêvant correspondent au contenu du rêve ?

- Oui 1
- Non 2
- Pas de partenaire 3

Somnanbule Est-ce que cela vous est déjà arrivé de vous lever et marcher pendant la nuit (somnambulisme) ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Odorat

odorat_dim Souffrez-vous d'une perte d'odorat ou d'une diminution importante de l'odorat ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Si oui,

odorat_dim_a Depuis combien d'années avez-vous commencé à perdre votre odorat ?

- Moins d'un an 1
- Entre 1 et 5 ans 2
- Entre 5 et 10 ans 3
- Plus de 10 ans 4

Maladies de la thyroïde

Snt_mbt2 Au cours de votre vie, avez-vous été diagnostiqué(e) d'une de ces maladies thyroïdiennes (hors cancer) ?* **REQUIRED**

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

- Aucune 0

Si Hyperthyroïdie 1

Snt_hyper_a Vous avez déclaré le diagnostic d'une hyperthyroïdie, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ?

AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Snt_hyper_trt1 A-t-elle été traitée ?

- Oui 1
- Non 0
- Je ne sais pas 9

Si oui

Snt_hyper_trt2 Elle a été traitée par :

Plusieurs réponses possibles

- 1 Médicaments.
- 2 Iode radioactif.
- 3 Chirurgie.
- 4. Autre : Précisez :
- 9. Je ne sais pas

Si chir hyper

Snt_hyper_chir Cette chirurgie était une :

Plusieurs réponses possibles

- 1 Ablation totale de la thyroïde
- 2 Ablation partielle de la thyroïde
- 9 Je ne sais pas

Si hypothy 2

Snt_hypo_a Vous avez déclaré le diagnostic d'une hypothyroïdie, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Snt_hypo_cause Elle était consécutive à un(e) :

Plusieurs réponses possibles

- 1 Thyroïdite d'Hashimoto
- 2 Traitement par iode radioactif

- 3 Prise de médicament (lithium, etc.)
- 4 Chirurgie (thyroïdectomie)
- 5 Autre : Précisez :
- 9 Je ne sais pas

Si nodule 3

Snt_nod_a Vous avez déclaré le diagnostic de nodule(s), pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Snt_nod_trt1 Ont-ils été traités ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

Si oui

Snt_nod_trt2 Il(s) a(ont) été traité(s) par :

Plusieurs réponses possibles

- 1 Médicaments.
- 2 Iode radioactif.
- 3 Chirurgie.
- 9 Je ne sais pas

Si chir nodule

Snt_nod_chir Cette chirurgie était une :

- 1 Ablation totale de la thyroïde
- 2 Ablation partielle de la thyroïde
- 9 Je ne sais pas

Si goitre 4

Snt_goitre_a Vous avez déclaré le diagnostic d'un goitre, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ?

Snt_goitre_trt1 A-t-il été traité ?

- 1 Oui
- 0 Non
- 9 Je ne sais pas

Snt_goitre_trt2 Il a été traité par :

Plusieurs réponses possibles

- 1 Médicaments.
- 2 Iode radioactif.

- 3 Chirurgie.
- 4 Autre : Précisez : **Snt_goitre_trt2_aut**
- 9 Je ne sais pas

Si chir goitre

Snt_goitre_chir Cette chirurgie était une :

- 1 Ablation totale de la thyroïde
- 2 Ablation partielle de la thyroïde
- 9 Je ne sais pas

Autres pathologies endocriniennes

snt_endo Cochez les pathologies endocriniennes vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire : *REQUIRED

- | | |
|---|---|
| • Diabète (type 1, type 2, gestationnel, autre) | 1 |
| • Autre maladie endocrinienne | 3 |
| • Aucune | 0 |

(Si diabète)

Vous avez déclaré avoir (ou avoir eu) du diabète.

(Si homme)

snt_diab_h Il s'agit (ou il s'agissait) d'un diabète :

- | | |
|-------------|---|
| • De type 1 | 1 |
| • De type 2 | 2 |
| • Autre | 3 |

(Si Autre coché)

- **snt_diab_h_aut** Précisez : *REQUIRED

(Si femme)

snt_diab_f Il s'agit (ou il s'agissait) d'un diabète :

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|----------------|---|
| • De type 1 | 1 |
| • De type 2 | 2 |
| • Gestationnel | 3 |
| • Autre | 4 |

(Si Autre coché)

- **snt_diab_f_aut** Précisez : *REQUIRED

(Si diabète)

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

snt_diab_m Mois :

snt_diab_a Année :

snt_diab_trt Ce diabète est (ou était) traité par :

Plusieurs réponses possibles

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

(Si autre maladie endocrinienne)

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

snt_endo_aut De quelle maladie s'agit-il ? _____

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Maladies des voies respiratoires

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

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

- | | | |
|-------|---|-------------|
| • Oui | 1 | [Lst_yesno] |
| • Non | 0 | |

Si oui,

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

- | | | |
|-------|---|-------------|
| • Oui | 1 | [Lst_yesno] |
| • Non | 0 | |

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

- | | | |
|-------|---|-------------|
| • Oui | 1 | [Lst_yesno] |
| • Non | 0 | |

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0
-

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

(Si oui à snt_etouf ou à snt_asthme)

snt_asthm_diag Un diagnostic d'asthme a-t-il été confirmé par un médecin ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

(Si oui à snt_asthme)

snt_asthm_age À quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ?

... ans

(Contrôle : entre 0 et l'âge en cours)

(si oui snt_asthme)

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

(Si oui à snt_asthme)

snt_asthm_cri Avez-vous eu une crise d'asthme dans les **12 derniers mois** ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

Si oui (crise d'asthme 12 mois snt_asthm_cri)

snt_asthm_crif 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 ?

- Oui 1 [Lst_yesno]
- 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.

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

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

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

- ☐ 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

snt_asthm_symp 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*)

- ☐ 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

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

- ☐ 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

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

- ☐ Pas contrôlé du tout 0

- ☐ Très peu contrôlé 1
- ☐ Un peu contrôlé 2
- ☐ Bien contrôlé 3
- ☐ Totalelement contrôlé 4

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

Plusieurs réponses possibles

- Bronchite chronique (BPCO par exemple) 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)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Emphysème)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Infections ORL répétées (angines, otites, pharyngites, laryngites, sinusites))

snt_orl_a Vous avez déclaré le diagnostic d'infections ORL répétées depuis le dernier questionnaire, en quelle année avez-vous eu votre dernière infection ? AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Pneumonie)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Insuffisance respiratoire)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si autre maladie respi)

Vous avez déclaré **le diagnostic d'une autre maladie des voies respiratoires depuis le dernier questionnaire.**

snt_respi_aut De quelle maladie s'agit-il ? _____

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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.

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

- Oui 1 [Lst_yesno]
- Non 0

(Si oui et homme)

snt_k_loc_h Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? ***REQUIRED**

Plusieurs réponses possibles

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

(Si Autre coché)

snt_k_loc_aut_h Précisez : ***REQUIRED**

Plusieurs réponses possibles

- Système nerveux central 16
- Œsophage 17
- Sang 19
- Thyroïde 15

- Testicules 22
- Autre 23

(Si oui et femme)

snt_k_loc_f Pourriez-vous préciser la (ou les) localisation(s) ? ***REQUIRED**

Plusieurs réponses possibles

- Sein 12
- Intestin (côlon/rectum) 2
- Poumon 3
- Utérus 13
- **ORL** 5
- Rein 6
- Foie 7
- Pancréas 8
- Peau 9
- Ovaire 14
- Thyroïde 15
- Autre 11

(Si Autre coché)

snt_k_loc_aut_f Précisez : ***REQUIRED**

Plusieurs réponses possibles

- Vessie 4
- Estomac 10
- Système nerveux central 16
- Œsophage 17
- Sang 19
- Autre 23

(Si prostate)

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

snt_kprost_m Mois :

(Contrôle : 1-12)

snt_kprost_a Année :

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

gleason Quel était le score de Gleason au moment du diagnostic ?

Vous pourrez trouver cette information dans le compte-rendu anatomopathologique de votre biopsie

- 6 (3+3) 1
- 7 (3+4) 2
- 7 (4+3) 3
- 8 (4+4) 4
- 8 (3+5) 5
- 8 (5+3) 6
- 9 (4+5) 7
- 9 (5+4) 8
- 10 (5+5) 9
- Je connais uniquement le score total 10
- Je ne sais pas 99

(si « Je connais uniquement le score total ») :

Gleason_tot Veuillez préciser la valeur :

- 6 1
- 7 2
- 8 3
- 9 4
- 10 5

Psa_tx Quel était le taux de PSA au moment du diagnostic ?

ng/mL

deux chiffres après la virgule, >0 <9999

psa_nsp Question sans libellé se rapportant au taux de PSA

- Je ne connais pas le taux de PSA 9

(Si sein) **snt_k_loc_f**

snt_ks Vous avez déclaré le diagnostic d'un cancer du sein depuis le dernier questionnaire. Il s'agissait : ***REQUIRED**

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

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

snt_ks_m Mois : MM

snt_ks_a Année : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si intestin) **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**

snt_ki2 Vous avez déclaré le diagnostic d'un cancer de l'intestin depuis le dernier questionnaire. ***REQUIRED**

Il s'agissait d'un cancer du :

Plusieurs réponses possibles

- 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 ?

snt_kic_m Mois : MM

snt_kic_a Année : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si grêle)

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

snt_kig_m Mois : MM

snt_kig_a Année : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si rectum)

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

snt_kir_m Mois : MM

snt_kir_a Année : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si je ne sais pas)

Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer de l'intestin ?

snt_kinsp_m Mois : MM

snt_kinsp_a Année : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si poumon) **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**

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

snt_kn_m Mois : MM

snt_kn_a Année : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Vessie snt_k_loc_f ou snt_k_loc_h)

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

snt_kblad_m Mois : MM

snt_kblad_a Année : AAAA

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Utérus snt_k_loc_f)

Vous avez déclaré le diagnostic d'un cancer de l'utérus depuis le dernier questionnaire.

Il s'agissait d'un cancer : snt_ku *REQUIRED

Plusieurs réponses possibles

- 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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si corps de l'utérus)

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

Mois : snt_kucorps_m

Année : snt_kucorps_a

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si je ne sais pas)

Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer de l'utérus ?

Mois : snt_ku_nsp_m

Année : **snt_ku_nps_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si ORL **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Pourriez-vous préciser la localisation : **snt_korl_clair**

(Si rein **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si foie **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si pancréas **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si peau **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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

Il s'agissait d'un : **snt_kpeau** *REQUIRED

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|-----------------------------|---|
| - Carcinome basocellulaire | 1 |
| - Carcinome spinocellulaire | 2 |
| - Mélanome | 3 |
| - Autre | 4 |
| - Je ne sais pas | 9 |

(Si Baso)

Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce carcinome basocellulaire ?

Mois : **snt_baso_m**

Année : **snt_baso_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Spino)

Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce carcinome spinocellulaire ?

Mois : **snt_spino_m**

Année : **snt_spino_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si Mélanome)

Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce mélanome ?

Mois : **snt_kmela_m**

Année : **snt_kmela_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si je ne sais pas)

Pourriez-vous préciser la date de diagnostic de ce cancer de la peau ?

Mois : **snt_kpeau_nsp_m**

Année : **snt_kpeau_nsp_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si estomac **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si ovaire **snt_k_loc_f**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si ovaire **snt_k_loc_f**)

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

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

(Si thyroïde **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si système nerveux central **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si œsophage **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si sang **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

Vous avez déclaré le diagnostic d'un cancer du sang depuis le dernier questionnaire. Il s'agissait * **REQUIRED** :

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|------------------|---|
| - D'une leucémie | 1 |
| - D'un lymphome | 2 |
| - D'un myélome | 3 |
| - Autre | 4 |
| - Je ne sais pas | 9 |

(Si leucémie)

Pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* de leucémie ?

Mois : **snt_kleuc_m**

Année : **snt_kleuc_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si lymphome)

Pourriez-vous préciser la date *de ce diagnostic* de lymphome ?

Mois : **snt_klymp_m**

Année : **snt_klymp_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si myélome)

Pourriez-vous préciser la date *de ce* diagnostic de myélome ?

Mois : **snt_kmyel_m**

Année : **snt_kmyel_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si autre)

Merci de préciser* : **snt_ksg_aut**

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

Mois : **snt_ksg_aut_m**

Année : **snt_ksg_aut_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si je ne sais pas

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

Mois : **snt_ksg_nsp_m**

Année : **snt_ksg_nsp_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si testicules **snt_k_loc_h**)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Si autre **snt_k_loc_f** ou **snt_k_loc_h**)

Merci d'indiquer la localisation de cet autre cancer : **snt_k_loc_aut** *REQUIRED

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

Mois : **snt_k_aut_m**

Année : **snt_k_aut_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Maladies de l'appareil digestif ou urinaire

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.

Transit intestinal

Actuellement, comment est votre transit intestinal ? **snt_intest**

- | | |
|------------------------------------|---|
| Normal | 1 |
| Diarrhée | 2 |
| Constipation | 3 |
| Alternance diarrhée – constipation | 4 |

En moyenne, quelle est votre fréquence de selles ? **snt_intest_fq**

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1 fois par jour ou plus | 1 |
| 3 à 6 fois par semaine | 2 |
| 2 fois par semaine ou moins | 3 |

Maladies de l'appareil digestif.

Cochez les maladies de l'appareil digestif vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire : *REQUIRED **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 selles	10
- Troubles fonctionnels intestinaux (colopathie fonctionnelle, syndrome du côlon irritable, ballonnements chroniques)	11
- Maladie cœliaque	12
- Sigmoidite diverticulaire	13
- Pancréatite chronique ou aiguë	15
- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si pancréatite

Vous avez déclaré le diagnostic d'une pancréatite, depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_pancrea_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

- ☐ Aiguë 1
- ☐ Chronique 2

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

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ 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

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

si cirrhose

De quelle origine était cette cirrhose ? : **snt_foie_orig_cir**

- | | |
|--|---|
| ☐ 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__cir_aut**

Si hépatite,

De quelle origine était cette hépatite ? : **snt_foie_orig_hep**

- | | |
|--|---|
| ☐ 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_hep_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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Hépatites virales

De quelle(s) hépatite(s) s'agissait-il ? **snt_hepat_typ** (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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si hépatite B

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette hépatite B ? AAAA [snt_hepatb_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si hépatite C

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette hépatite C ? AAAA [snt_hepatc_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si cirrhose

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette cirrhose ? AAAA [snt_cirrhos_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si stéatose

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette stéatose ? AAAA [snt_steat_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si NASH

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic de cette stéato-hépatite non alcoolique ou NASH ? AAAA [snt_nash_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Fuite de selles

Vous avez déclaré avoir eu des fuites de selles depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année ? AAAA [snt_fselle_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Elle a été traitée par (plusieurs réponses possibles) : **snt_sigmo_trt**

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Maladies de l'appareil urinaire

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

Plusieurs réponses possibles

- 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
- Cystite interstitielle / syndrome de la vessie douloureuse (inflammation de la vessie sans cause infectieuse) 8
- Pyélonéphrite 4
- Incontinence urinaire 5
- Polype de la vessie 7
- 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 / de coliques néphrétiques depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_calculvu_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Cystite interstitielle / syndrome de la vessie douloureuse

Vous avez déclaré le diagnostic d'une cystite interstitielle / syndrome de la vessie douloureuse depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA **snt_cysti_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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 ? snt_puri_qd

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|--|---|
| - 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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Polype de la vessie

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

Mois : snt_polves_m

Année : snt_polves_a

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(Pour les femmes)

Santé gynécologique

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

Oui 1

Non 0

Si oui

Avez-vous eu vos règles dans les trois derniers mois ?* **regl_recente** [Lst_yesno]

Oui 1

Non 0

Si règles dans les trois derniers mois

Quelle est la date de vos **DERNIERES** règles (même approximative) ?

Mois* : **regl_last_m 0-12** Année* : **regl_last_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si pas de règles depuis 3 mois ou plus

Quelle est la date de vos **DERNIERES** règles (même approximative) ?

Si vous ne connaissez pas le mois, indiquez seulement l'année.

Mois : **regl_last_av_m 0-12** Année* : **regl_last_av_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Avertissement si date < (année de naissance + 18) « Merci de vérifier que vous avez bien indiqué la date de vos **DERNIERES** règles »)

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 : **regl_why_no**
[F_ReglWhyNo2]

Plusieurs réponses possibles

- ☐ 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**

(Contrôle : entre 1 et l'âge en cours)

Avertissement si âge < 40 ou âge > 58 « Merci de vérifier la valeur que vous avez indiquée. »)

(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_aut**

(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 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 qui induit des règles artificielles 3
- Vous n'êtes pas ménopausée 2

Si Règles dans les 3 derniers mois et traitement hormonal de la ménopause induisant des règles

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

(Contrôle : entre 1 et l'âge en cours)

Avertissement si âge < 40 ou age > 58 « Merci de vérifier la valeur que vous avez indiquée. »)

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

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 »

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

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

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**

- 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

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

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

Si femmes

Douleurs abdominales

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des douleurs abdominales ?

doul_abdo [Lst_yesno]



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

☐ 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 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 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**

☐ 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**

☐ 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

Troubles ou douleurs urinaires

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des troubles urinaires ou des douleurs lors de la miction (lorsque vous urinez) ? **uri_troub**

plusieurs réponses possibles

☐ Non

0

☐ Oui, des douleurs lors de la miction (dysurie)

1

☐ Oui, des difficultés à uriner nécessitant de contracter ou d'appuyer sur le ventre pour « aider » la vessie, ou une miction anormalement longue avec un jet urinaire faible, ou une miction longue à débiter, ou en plusieurs jets

2

☐ Oui, une incontinence urinaire

3

Si au moins un oui :

À quelle fréquence avez-vous eu ces douleurs ou difficultés d'évacuation d'urines **au cours des 12 derniers mois** ? **uri_troub_freq**

☐ 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 la miction (dysurie) »

Merci d'indiquer le niveau **moyen** de sévérité de vos douleurs lors de la miction **au cours des 12 derniers mois** en utilisant l'échelle suivante : **uri_troub_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 la miction **au cours des 12 derniers mois** en utilisant l'échelle suivante : **uri_troub_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** : *REQUIRED **snt_gyneco** [**F_PathoGyneco**]

- Polype utérin ou hyperplasie endométriale 1
- Endométriose 2
- Adénomyose 8
- Fibrome utérin 3
- Kyste de l'ovaire persistant plus de 3 mois 4
- Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) 7
- Maladie bénigne du sein 5
- Anomalie congénitale de l'utérus, du col de l'utérus ou du vagin 9
- 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_polypu_a

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Quel était le mode de diagnostic ? **snt_endom_dg**

- | | |
|--------------------------|---|
| 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Il s'agissait : **snt_kysteov**

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

S'agissait-il d'un adénome du sein ou d'un fibro-adénome ? **snt_adfibro** [Lst_yesno]

- Oui 1
- Non 0

Si oui

Il s'agissait : **snt_adfi_lat**

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

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

- Oui 1
- Non 0

(Si oui)

Il s'agissait d'une hyperplasie atypique : **snt_hyperp_atyp**

- ☐ Lobulaire 1
- ☐ Canalaire 2

Il s'agissait : **snt_hyperp_lat**

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

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

- Oui 1
- Non 0

(Si oui)

Il s'agissait : **snt_kyste_s_lat**

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

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

- Oui 1
- Non 0

(Si oui)

Il s'agissait : **snt_dyst_lat**

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

Si Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) 7

Vous avez déclaré le diagnostic d'un syndrome des ovaires polykystiques depuis le dernier questionnaire.

Pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ?

AAAA **snt_mbs_a1**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Adénomyose

Vous avez déclaré le diagnostic d'une adénomyose depuis le dernier questionnaire.

Pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ?

AAAA **snt_mbs_a2**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Pour les hommes

Maladies spécifiques à l'homme

Cochez les maladies vous concernant, diagnostiquées depuis le dernier questionnaire :

*REQUIRED **snt_spe_h**

- | | |
|---|---|
| - 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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Maladies auto-immunes

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

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|---|
| - 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Infections

Cochez les infections dont vous avez souffert depuis le dernier questionnaire :*REQUIRED
snt_infection

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|----------------------------|----|
| - 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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Chikungunya

Vous avez déclaré un chikungunya diagnostiqué depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_chikun_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Maladies des os et articulations

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

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|---|
| - 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 Arthrose

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Avez-vous eu des fractures ostéoporotiques ? [snt_osteop_frac](#)

- ☐ Oui 1 [Lst_yesno]
- ☐ Non 0

Si oui fractures

En quelle année avez-vous eu votre dernière fracture ? AAAA [snt_osteop_frac_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si vous en avez eu plusieurs, merci de préciser l'année de votre première fracture : AAAA [snt_osteop_frac_a1](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Pseudo polyarthrite rhizomélique / Maladie de Horton

Vous avez déclaré un diagnostic de pseudo polyarthrite rhizomélique / maladie de Horton depuis le dernier questionnaire, pourriez-vous préciser l'année de ce diagnostic ? AAAA [snt_horton_a](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Rhumatisme psoriasique

Vous avez déclaré **un diagnostic de rhumatisme psoriasique** depuis le dernier questionnaire.

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

- | | |
|---------------------------|---|
| - 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Maladies de la peau

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

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|---|
| - 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**

- | | |
|---------------------------|---|
| - 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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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](#)

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Herpès

Vous avez déclaré le diagnostic de poussées d'herpès depuis le dernier questionnaire. Il s'agit d'herpès : [snt_herp_loc](#)

- Labial 1
- Génital 2

Si herpès labial

À quelle fréquence faites-vous des poussées d'herpès labial ? [snt_herpl](#)

- 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](#)

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Handicap

Utilisez-vous une aide pour vous déplacer habituellement ? **depl_aide**

- | | |
|----------------------------------|---|
| 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**

Plusieurs réponses possibles

- | | |
|---|---|
| - 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 cet 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**

- Oui 1
- Non 2
- Je ne sais pas 9

Si oui,

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

(Contrôle : 1-100)

Si 1 oui à handi

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

- ☐ Oui 1 [Lst_yesno]
- ☐ Non 0

Santé mentale

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

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Burn-out

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Anxiété

Vous avez déclaré avoir souffert d'anxiété. Vous considérez-vous comme anxieux ?

snt_anx_freq

- 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

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

- | | |
|---|---|
| - 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si Boulimie

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si TOC

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Si bordeline,

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

si bipolaire,

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

si schizophrénie,

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

si troubles attention,

Pourriez-vous préciser l'année du diagnostic des troubles de l'attention / hyperactivité ?

AAAA **snt_tda_a**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

si Narcolepsie

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Autres problèmes de santé 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

si cancer **snt_k=1**

Documents médicaux

Vous êtes sur le point de terminer ce questionnaire, où vous avez déclaré un diagnostic de cancer.

Une fois que vous l'aurez validé, nous vous invitons à :

1. Aller dans la section « Vos documents personnels », en bas de la page d'accueil de la plateforme de questionnaires, pour nous fournir, pour chaque cancer déclaré dans ce questionnaire :

- Le compte-rendu histologique (= anatomopathologique) complet de la tumeur ;
- Le compte-rendu opératoire (si vous avez eu une opération) ;
- Le compte-rendu de la RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) ;
- Le compte-rendu d'hospitalisation.

2. Mettre à jour la section « Vos médecins » et y ajouter le(s) médecin(s) qui vous ont suivi(e) pour cette maladie.

Pour les cancers en particulier, les documents médicaux nous sont très utiles pour confirmer ou préciser le diagnostic et ainsi enrichir nos analyses. Il peut nous être utile également de demander des précisions aux médecins, si vous nous avez autorisés à les contacter dans votre consentement bien sûr.

Merci de copier ou noter ces instructions, elles ne vous seront plus accessibles une fois le questionnaire validé

Validation/coms

Cf template

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.

EXAMENS PRATIQUÉS 2

Exam2

Généralités

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

* Un astérisque signifie que la question est obligatoire.

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter des 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. « **Précédent** » vous permet de revenir à la page précédente ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Finir plus tard** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page en cliquant sur le bouton « **Terminer** ».

Pour commencer à répondre au questionnaire, cliquez sur « COMMENCER ».

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

Le questionnaire que vous vous apprêtez à remplir concerne vos examens 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 retrouver vos examens médicaux pour pouvoir préciser leurs date et résultats.*

Important

*Dans les pages suivantes, nous allons vous questionner sur vos examens médicaux **depuis le dernier questionnaire « Examens pratiqués »** que vous avez rempli. Vous pourrez retrouver dans notre courriel d'invitation la date à laquelle vous l'aviez rempli.*

Biopsie

Avez-vous subi une (ou plusieurs) **biopsie(s)** depuis le dernier questionnaire ?* [exm_biops](#)
[\[Lst_yesno\]](#)

(La biopsie consiste à prélever une toute petite partie d'un organe ou d'un tissu afin d'effectuer des analyses de ce tissu.)

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

(si oui) Combien de biopsie(s) avez-vous faite(s) – en comptant toutes celles que vous avez eues éventuellement sur le même organe ? **exm_biops_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 + de 10) Vous pouvez renseigner 10 biopsies au maximum, merci de ne considérer que les 10 plus importantes.

Votre biopsie n°1

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops1h [F_Biops_h]**

- Estomac **1**
- Intestin **2**
- Peau **3**
- Prostate **4**
- Autre **5**

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops1f [F_Biops_f]**

- Col de l'utérus **6**
- Endomètre **7**
- Estomac **1**
- Intestin **2**
- Peau **3**
- Sein **8**
- Autre **5**

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie : **exm_biops1_aut**

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa **exm_biops1_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) **exm_biops1_rslt** [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°2

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops2h** [F_Biops_h]

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops2f** [F_Biops_f]

- Col de l'utérus 6
- Endomètre 7
- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :
exm_biops2_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa **exm_biops2_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) **exm_biops2_rslt** [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°3

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops3h** [F_Biops_h]

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops3f** [F_Biops_f]

- Col de l'utérus 6
- Endomètre 7

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :

exm_biops3_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa exm_biops3_a

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) exm_biops3_rslt [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°4

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* exm_biops4h [F_Biops_h]

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* exm_biops4f [F_Biops_f]

- Col de l'utérus 6
- Endomètre 7
- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :

exm_biops4_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa exm_biops4_a

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) exm_biops4_rslt [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°5

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops5h [F_Biops_h]**

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops5f [F_Biops_f]**

- Col de l'utérus 6
- Endomètre 7
- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :
exm_biops5_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa **exm_biops5_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) **exm_biops5_rslt [F_Rslt]**

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°6

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops6h [F_Biops_h]**

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops6f [F_Biops_f]**

- Col de l'utérus 6
- Endomètre 7
- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :
exm_biops6_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa **exm_biops6_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) **exm_biops6_rslt** [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°7

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops7h** [F_Biops_h]

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops7f** [F_Biops_f]

- Col de l'utérus 6
- Endomètre 7
- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :
exm_biops7_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa **exm_biops7_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) **exm_biops7_rslt** [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°8

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops8h** [F_Biops_h]

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops8f** [F_Biops_f]

- Col de l'utérus 6

- Endomètre 7
- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :
exm_biops8_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa exm_biops8_a

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) exm_biops8_rslt [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°9

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* exm_biops9h [F_Biops_h]

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* exm_biops9f [F_Biops_f]

- Col de l'utérus 6
- Endomètre 7
- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :
exm_biops9_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa exm_biops9_a

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) exm_biops9_rslt [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Votre biopsie n°10

Merci de nous fournir les renseignements suivants :

(Pour les hommes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops10h** [F_Biops_h]

- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Prostate 4
- Autre 5

(Pour les femmes) Quelle était sa localisation ?* **exm_biops10f** [F_Biops_f]

- Col de l'utérus 6
- Endomètre 7
- Estomac 1
- Intestin 2
- Peau 3
- Sein 8
- Autre 5

(Si autre homme ou femme) Merci de préciser la localisation de cette biopsie :
exm_biops10_aut

En quelle année l'avez-vous faite ? aaaa **exm_biops10_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? (si le résultat était anormal, nous vous recontacterons peut-être pour obtenir des précisions) **exm_biops10_rslt** [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

Frottis

(Pour les femmes) Avez-vous fait un **frottis** depuis le dernier questionnaire ?* **exm_frotti** [Lst_yesno]

- Oui 1
- Non 0

(si oui)

Quelle est l'année de votre dernier frottis ? aaaa **exm_frotti_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? **exm_frotti_rslt** [F_Rslt]

- Normal 1
- Anormal 0

À quelle fréquence en moyenne vous fait-on un frottis ? **exm_frotti_fq** [F_FrequenceD]

- Une fois tous les ans environ 4
- Une fois tous les 3 ans environ 1
- Une fois tous les 5 ans environ 5
- Moins souvent 6

Mammographie

(Pour les femmes) Avez-vous fait une échographie mammaire ou une **mammographie** depuis le dernier questionnaire ?* **exm_mammo** [Lst_yesno]

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

(si oui)

Quelle est l'année de votre dernière échographie mammaire ou mammographie ? aaaa
exm_mammo_a

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Merci de nous préciser les résultats obtenus en vous aidant du compte rendu de mammographie.

Pour le sein gauche :

- Numéro de classification ACR ou bi-rads : (Vous trouverez cette information sur le compte-rendu de la mammographie ou de l'échographie.) **exm_mammog_acr** [F_ACR]
 - 0 **0**
 - 1 **1**
 - 2 **2**
 - 3 **3**
 - 4 **4**
 - 5 **5**
 - Je ne sais pas **9**
- Densité mammaire : (Vous trouverez cette information sur le compte-rendu de la mammographie ou de l'échographie.) **exm_mammog_dst** [F_Dst]
 - 0 ou 1 ou A **1**
 - 2 ou B **2**
 - 3 ou C **3**
 - 4 ou 5 ou D **4**
 - Je ne sais pas **9**

Pour le sein droit :

- Numéro de classification ACR ou bi-rads : (Vous trouverez cette information sur le compte-rendu de la mammographie ou de l'échographie.) **exm_mammod_acr** [F_ACR]
 - 0 **0**
 - 1 **1**
 - 2 **2**
 - 3 **3**
 - 4 **4**
 - 5 **5**
 - Je ne sais pas **9**
- Densité mammaire : (Vous trouverez cette information sur le compte-rendu de la mammographie ou de l'échographie.) **exm_mammod_dst** [F_Dst]
 - 0 ou 1 ou A **1**
 - 2 ou B **2**

- 3 ou C **3**
- 4 ou 5 ou D **4**
- Je ne sais pas **9**

Pour répondre à ces questions, vous êtes-vous servi du compte rendu de mammographie ?
exm_mammo_cr [Lst_yesno]

À quelle fréquence en moyenne vous fait-on une échographie mammaire ou une mammographie ? **exm_mammo_fq**

- Une fois tous les 2 ans environ **1**
- Moins souvent **2**
- Plus souvent **3**

Dépistage du cancer du côlon

Avez-vous fait **un test de dépistage du cancer du côlon** depuis le dernier questionnaire ?*

- Oui **1** **exm_colon** [Lst_yesno]
- Non **0**

(si oui)

À quelle année remonte votre dernier test ? aaaa **exm_colon_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? **exm_colon_rslt** [F_Rslt]

- Normal **1**
- Anormal **0**

À quelle fréquence faites-vous un test de dépistage du cancer du côlon ? **exm_colon_dep**
[F_FrequencyF]

- Une fois tous les 2 ans environ **1**
- Moins souvent **2**

Avez-vous fait une **coloscopie** depuis le dernier questionnaire ?* **exm_colo** [Lst_yesno]

La coloscopie est l'observation de l'intérieur du rectum et du gros intestin à l'aide d'un tube souple muni d'une petite caméra.

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

(si oui)

Quelle est l'année de votre dernière coloscopie ? aaaa **exm_colo_a**

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? **exm_colo_rslt** [F_Rslt]

- Normal **1**
- Anormal **0**

Combien avez-vous fait de coloscopies ? **exm_colo_nb**

(Contrôle : entre 1 et 50)

Pour quelle(s) raison(s) en avez-vous fait ? (*Plusieurs cases peuvent être cochées selon les raisons de vos différentes coloscopies*) **exm_colo_why** [F_ColoWhy]

- ☐ Antécédents familiaux de polype ou de cancer du côlon 1
- ☐ Symptômes digestifs 2
- ☐ Antécédents personnels de polype (adénome) à une précédente coloscopie 3
- ☐ Test de dépistage dans les selles positif 4

Bilan lipidique

Avez-vous fait un **bilan lipidique** depuis le dernier questionnaire ? ***exm_chol** [Lst_yesno]

(*Examens pour doser votre cholestérol*)

- Oui 1
- Non 0

(Si oui)

À quelle année remonte votre dernier examen ? aaaa **exm_chol_a**

(*Contrôle : entre année de naissance et date du jour*)

Quel était son résultat ? **exm_chol_rslt** [F_Rslt]

- ☐ Normal 1
- ☐ Anormal 0

(Si Anormal)

Quel type de cholestérol était anormal ? **exm_chol_anorm**

(*Plusieurs réponses possibles*)

- ☐ Cholestérol total 1
- ☐ Cholestérol HDL 2
- ☐ Cholestérol LDL 3
- ☐ Cholestérol non-HDL 4
- ☐ Triglycérides 5

Ostéodensitométrie

Avez-vous passé un examen d'**ostéodensitométrie** (mesure de la densité minérale osseuse) depuis le dernier questionnaire * ?

- Oui 1 **exm_osteo** [Lst_yesno]
- Non 0

(Si oui)

À quelle année remonte votre dernier examen ? aaaa **exm_osteo_a**

(*Contrôle : entre année de naissance et date du jour*)

Quel était son résultat ? **exm_osteo_rslt** [F_Rslt]

- ☐ Normal 1

- ☐ Anormal 0

(Si Anormal)

Le compte-rendu mentionnait une : [exm_osteo_anorm](#)

- ☐ Ostéopénie 1
- ☐ Ostéoporose 2
- ☐ Ostéoporose sévère 3
- ☐ Je ne sais pas 9

Dosage des PSA

(Pour les hommes) Avez-vous eu un **dosage sanguin des PSA** depuis le dernier questionnaire ? * (Mesure du taux d'Antigènes Spécifiques de la Prostate présents dans le sang pour dépister le cancer de la prostate.) [exm_psa](#) [[Lst_yesno](#)]

- Oui 1
- Non 0

(si oui)

À quelle année remonte votre dernier dosage PSA ? aaaa [exm_psa_a](#)

(Contrôle : entre année de naissance et date du jour)

Quel était son résultat ? [exm_psa_rslt](#) [[F_Rslt](#)]

- ☐ Normal 1
- ☐ Anormal 0

Examen de la peau

Ces 5 dernières années, combien de fois avez-vous fait examiner votre peau par un(e) dermatologue ? [exm_peau_derma](#) [[F_peau](#)]

- ☐ Aucune 0
- ☐ 1 ou 2 fois 1
- ☐ 3 ou 4 fois 2
- ☐ 5 fois ou plus 3

Ces 5 dernières années, combien de fois avez-vous examiné votre peau ou l'avez-vous fait examiner par un tiers ? [exm_peau_tiers](#) [[F_peau](#)]

- ☐ Aucune 0
- ☐ 1 ou 2 fois 1
- ☐ 3 ou 4 fois 2
- ☐ 5 fois ou plus 3

Commentaires

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 : [exam_coms](#)

Validation

Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous êtes sûr(e) d'avoir fini de répondre, cliquez sur le bouton « Terminer ». Cela fermera définitivement votre questionnaire.

HORMONES ET VIE REPRODUCTIVE 2

hormones_vierepro2

Généralités

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

* Un astérisque signifie que la question est obligatoire.

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter des 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. « **Précédent** » vous permet de revenir à la page précédente ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Finir plus tard** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page en cliquant sur le bouton « **Terminer** ».

Pour commencer à répondre au questionnaire, cliquez sur « COMMENCER ».

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

Important

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

Enfants

Nb_enf_tot Combien d'enfants biologiques ou adoptés avez-vous eus ? **REQUIRED 0-20**

Si enfants >=1

- **Nb_enf_bio** Parmi ces X enfants, combien d'enfants biologiques avez-vous eus ? (infobulle : y compris si vous avez eu recours à un don d'embryon, de sperme ou d'ovocyte) **0-10**
- **Pour enfants biologiques, par enfant Nb_enf_bio_X_a** Année de naissance : AAAA **1950 à 2026**

Contrôle : année doit être comprise entre l'année de naissance du G2+15 et l'année en cours

- **Nb_enf_adpt** Parmi ces X enfants, combien d'enfants adoptés avez-vous eus ?
0-10
- **Pour enfants adoptés, par enfant Nb_enf_adpt_X_a** Année de naissance :
AAAA **1950 à 2026**

Contrôle : année doit être comprise entre l'année de naissance du G2+15 et l'année en cours

Contrôle : le nombre d'enfant total doit être égal au nombre d'enfants biologiques + nombre d'enfants adoptés.

Nb_enf_aut Combien d'enfants avez-vous élevés autres que vos enfants biologiques ou adoptés (par exemple, enfants du (de la) conjoint(e)) ? **0-10**

horm_pb_conc Depuis le dernier questionnaire, avez-vous essayé de concevoir un enfant pendant plus de 12 mois sans succès ? **REQUIRED [Lst_yesno]**

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

horm_exam_pb_conc Depuis le dernier questionnaire, avez-vous, vous ou votre partenaire, fait des examens ou été pris(e) en charge pour difficulté à concevoir un enfant ? **REQUIRED [F_ExamPbConc]**

- Oui, vous **1**
- Oui, votre partenaire **2**
- Oui, tous les deux **3**
- Non, ni vous ni votre partenaire **4**

Si 1 ou 3 coché et sexe F :

Quelle(s) en était(ent) la(les) raison(s) ? **horm_exam_pb_conc_cause_f**

- **1** Endométriose
- **2** Adénomyose
- **3** Adhérences
- **4** Trompes bouchées
- **5** Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK)
- **6** Maladie inflammatoire pelvienne
- **7** Ovulation absente / irrégulière
- **9** Fibromyomes utérins
- **10** Aucune cause n'a été identifiée

- 11 Je ne m'en souviens pas
- 12 Autre

Si autre Précisez : **horm_exam_pb_conc_cause_f_autre**

Si 1 ou 3 coché et sexe M :

Quelle(s) en était(ent) la(les) raison(s) ? **horm_exam_pb_conc_cause_h**

- 8 Quantité/qualité insuffisante du sperme
- 10 Aucune cause n'a été identifiée
- 11 Je ne m'en souviens pas
- 12 Autre

Si autre Précisez : **horm_exam_pb_conc_cause_h_autre**

Grossesses

(sexe_id=2)

gross_enceinte Depuis le dernier questionnaire, avez-vous été enceinte (quelle que soit l'issue de la grossesse) ? **REQUIRED** [Lst_yesno]

- Oui 1
- Non 0

(gross_enceinte=1)

- **gross_nb_enf** Nombre de grossesses avec un enfant né vivant : 0-20
- **gross_nb_mult** Nombre de grossesses multiples avec deux enfants (ou plus) nés vivants : 0-5
- **gross_nb_dc** Nombre de grossesses avec un (ou plusieurs) enfant(s) mort-né(s) (après 5 mois de grossesse) : 0-10
- **gross_nb_fc** Nombre de fausses couches spontanées (avant 5 mois de grossesse) : 0-20
- **gross_nb_ivg** Nombre d'IVG (Interruption volontaire de grossesse) : 0-10

gross_nb_img Nombre d'IMG (Interruption médicale de grossesse, appelée autrefois avortement thérapeutique) : 0-10

Si **gross_nb_img** ≥ 1

gross_nb_img2 Parmi cette ou ces IMG, combien ont eu lieu après 5 mois de grossesse : 0-10

Allaitement

(sexe_id=2 AND Nb_enf_bio>=1)

Vous avez indiqué avoir eu X enfant(s) biologique(s) dans votre vie

De 1 à X

Premier enfant

- **allait_enfX** L'avez-vous allaité (même partiellement) ? **REQUIRED** [Lst_yesno]
 - Oui **1**
 - Non **0**

allait_enf(1àX)=1

allait_dur_enfX Au total, combien de mois complets, l'avez-vous allaité ? (*Infobulle : Si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez « 0 » ; entre 1 et 2 mois indiquez « 1 », etc.*) **REQUIRED 0-100 WARNING si supérieur à 36 mois : Veuillez vérifier la durée d'allaitement que vous avez indiquée**

Merci de préciser la période :

De **allait_dt1_enfX_m** MM **0-12** **allait_dt1_enfX_a** AAAA **1950-2026** **année naissance de l'enfant1 à X**

A **allait_dt2_enfX_m** MM **0-12** **allait_dt2_enfX_a** AAAA **1950-2026** [année naissance de l'enfant1 à X ; année naissance de l'enfant1 à X+3]

allait_exclu_enfX Combien de mois complets, votre enfant a-t-il été alimenté exclusivement par allaitement au sein ? **0-12**

Merci de préciser la période :

De **exclu_dt1_enfX_m** MM **0-12** **exclu_dt1_enfX_a** AAAA **1950-2026** **année naissance de l'enfant1 à X**

A **exclu_dt2_enfX_m** MM **0-12** **exclu_dt2_enfX_a** AAAA **1950-2026** [année naissance de l'enfant1 à X ; année naissance de l'enfant1 à X+1]

allait_mixte_enfX Combien de mois complets, votre enfant a-t-il été alimenté au sein et au lait artificiel (lait en poudre) **avant la diversification alimentaire** ? **0-12**

Merci de préciser la période :

De **mixte_dt1_enfX_m** MM **0-12** **mixte_dt1_enfX_a** AAAA **1950-2026** [année naissance de l'enfant1 à X ; année naissance de l'enfant1 à X+1]

A mixte_dt2_enfX_m MM 0-12 mixte_dt2_enfX_a(1àX) AAAA 1950-2026 [année naissance de l'enfant1 à X ; année naissance de l'enfant1 à X+1]

allait_div_enfX Combien de mois complets, votre enfant a-t-il continué un allaitement maternel (avec ou sans lait artificiel) après la diversification alimentaire ? 0-48

Merci de préciser la période :

De div_dt1_enfX_m MM 0-12 div_dt1_enfX_a AAAA 1950-2026 [année naissance de l'enfant1 à X ; année naissance de l'enfant1 à X+1]

A div_dt2_enfX_m MM 0-12 div_dt2_enfX_a AAAA 1950-2026 [année naissance de l'enfant1 à X ; année naissance de l'enfant1 à X+3]

(pour tous)

Allait_mat Votre mère vous a-t-elle allaité(e) (même partiellement) ? REQUIRED

- Oui 1
- Non 0
- Je ne sais pas 9

Si Allait_mat=1 Allait_mat_dur Combien de mois, avez-vous été allaité(e) ? 0-100 WARNING si supérieur à 36 mois : Veuillez vérifier la durée d'allaitement que vous avez indiquée

Allait_mat_typ Vous avez été nourri(e) :

- Exclusivement au sein 1
- Au sein et au lait artificiel 2
- Je ne sais pas 9

Si id_sexe=2

Règles et volume menstruel

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

- Oui 1
- Non 0

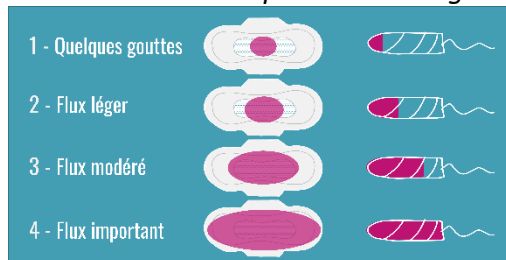
Si oui regl_jms =1

Avez-vous eu vos règles dans les trois derniers mois ?*

YorN

Le volume de sang perdu pendant les règles est particulièrement utile pour les recherches sur les perturbateurs endocriniens, aussi nous vous proposons de répondre à une série de questions à ce sujet, du mieux que vous le pourrez.

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



SI Règles dans les 3 derniers mois 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** [Lst_flux]

- ☐ Pas de règles ou quelques gouttes **0**
- ☐ Flux léger **2**
- ☐ Flux modéré **3**
- ☐ Flux important **4**
- ☐ Flux très important **5**

En moyenne : **regl_flux_moy** [Lst_flux]

- ☐ Pas de règles ou quelques gouttes **0**
- ☐ Flux léger **2**
- ☐ Flux modéré **3**
- ☐ Flux important **4**
- ☐ Flux très important **5**

Si règles déjà

La contraception peut influencer le volume de sang menstruel. Nous allons vous poser des questions à ce propos pour les périodes où vous étiez sous contraception au cours de votre vie.

Avez-vous déjà eu recours à une ou plusieurs méthodes contraceptives suivantes :

contraception REQUIRED

- 1** un stérilet hormonal
- 2** un stérilet au cuivre
- 3** une micropilule
- 4** une pilule (hors micro pilule)
- 5** un traitement progestatif

- 6 un anneau vaginal (Nuvaring®)
- 7 un implant
- 8 un patch contraceptif (Evra®)
- 9 une contraception injectable
- 99 je n'ai jamais eu de contraception

Si règles déjà

Quel est ou quel était votre volume menstruel **hors période de contraception** ?

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_hc** [Lst_flux]

- ☐ Pas de règles ou quelques gouttes 0
- ☐ Flux léger 2
- ☐ Flux modéré 3
- ☐ Flux important 4
- ☐ Flux très important 5

En moyenne : **regl_flux_moy_hc** [Lst_flux]

- ☐ Pas de règles ou quelques gouttes 0
- ☐ Flux léger 2
- ☐ Flux modéré 3
- ☐ Flux important 4
- ☐ Flux très important 5

Et Si stérilet hormonal

Vous aviez déclaré avoir porté un stérilet hormonal. Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_steh** [Lst_flux]

- ☐ Pas de règles ou quelques gouttes 0
- ☐ Flux léger 2
- ☐ Flux modéré 3
- ☐ Flux important 4
- ☐ Flux très important 5

En moyenne : **regl_flux_moy_steh** [Lst_flux]

- ☐ Pas de règles ou quelques gouttes 0
- ☐ Flux léger 2
- ☐ Flux modéré 3
- ☐ Flux important 4
- ☐ Flux très important 5

Et Si stérilet cuivre Vous aviez déclaré avoir porté un stérilet au cuivre dans votre vie. Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_stec** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

En moyenne : **regl_flux_moy_stec** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

Et Si micro pilule et oui pilule, Vous aviez déclaré avoir pris une micropilule (exemples).

Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_mp** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

En moyenne : **regl_flux_moy_mp** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

Si pilule contraceptive et pas micropilule Vous aviez déclaré avoir pris une pilule contraceptive. Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_pil** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

En moyenne : **regl_flux_moy_pil** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

Si traitement progestatif Vous aviez déclaré avoir pris un traitement progestatif (exemples/précisions). Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_pg** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

En moyenne : **regl_flux_moy_pg** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

Si Anneau vaginal (Nuvaring®) Vous aviez déclaré avoir porté un anneau vaginal (Nuvaring®) (Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_ann** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

En moyenne : **regl_flux_moy_ann** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

Si Implant contraceptif Vous aviez déclaré avoir porté un implant contraceptif (Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_imp** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

En moyenne : **regl_flux_moy_imp** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

Si Patch contraceptif (Evra®) Vous aviez déclaré avoir porté un patch contraceptif (Evra®)
Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_pat** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

En moyenne : **regl_flux_moy_pat** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

Si Contraception injectable Vous aviez déclaré avoir utilisé une contraception injectable
(Depo Provera®) Pendant cette période, quel était votre volume menstruel ?

Lors des pics de flux : **regl_flux_pic_inj** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

En moyenne : **regl_flux_moy_inj** [Lst_flux]

- | | |
|--|---|
| ☐ Pas de règles ou quelques gouttes | 0 |
| ☐ Flux léger | 2 |
| ☐ Flux modéré | 3 |
| ☐ Flux important | 4 |
| ☐ Flux très important | 5 |

Commentaires

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 : [horm2_coms](#)

Validation

Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous êtes sûr(e) d'avoir fini de répondre, cliquez sur le bouton « Terminer ». Cela fermera définitivement votre questionnaire.

MORAL 2

cmp_moral2

Généralités

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

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

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter des 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. « **Précédent** » vous permet de revenir à la page précédente ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Finir plus tard** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page en cliquant sur le bouton « **Terminer** ».

Pour commencer à répondre au questionnaire, cliquez sur « COMMENCER ».

Vos sentiments / comportements

cesd. *Au cours de la semaine passée, indiquez la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou eu les comportements décrits dans cette liste. Pour chaque ligne, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation :*

1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais
6. Je me suis senti(e) très déprimé(e)
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort
8. J'ai été confiant(e) en l'avenir
9. J'ai pensé que ma vie était un échec
10. Je me suis senti(e) craintif / craintive

11. Mon sommeil n'a pas été bon
12. J'ai été heureux / heureuse
13. J'ai parlé moins que d'habitude
14. Je me suis senti(e) seul(e)
15. Les autres ont été hostiles envers moi
16. J'ai profité de la vie
17. J'ai eu des crises de larmes
18. Je me suis senti(e) triste
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas
20. J'ai manqué d'entrain

- Jamais, très rarement (**moins d'1 jour**)
- Occasionnellement (**1 à 2 jours**)
- Assez souvent (**3 à 4 jours**)
- Fréquemment, tout le temps (**5 à 7 jours**)

Votre stress

pssc. *Au cours du mois dernier (à chaque ligne, cochez une case) :*

1. Vous avez été contrarié(e) par un événement inattendu
2. Il vous a semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie
3. Vous vous êtes senti(e) nerveux(se) et stressé(e)
4. Vous avez eu confiance en votre capacité à gérer vos problèmes personnels
5. Vous avez eu le sentiment que les choses allaient comme vous le vouliez
6. Vous avez pensé que vous ne pouviez pas faire face à tout ce que vous aviez à faire
7. Vous avez été capable de maîtriser votre énervement
8. Vous avez eu le sentiment de dominer la situation
9. Vous vous êtes mis(e) en colère parce que les événements échappaient à votre contrôle
10. Vous avez ressenti que les difficultés s'accumulaient tellement que vous ne pourriez pas les surmonter

[F_Pssc] :

0. Jamais
1. Presque jamais
2. Parfois
3. Assez souvent
4. Très souvent

Survenue d'événements stressants

*Cette liste contient des événements de vie. Si l'un de ces événements vous est arrivé personnellement **au cours des 12 derniers mois**, évaluez l'impact de cet événement dans votre vie (ou cochez non concerné(e) si vous n'avez pas vécu cet événement au cours des 12 derniers mois).*

[F_Stress] :

Non concerné(e)	9
Extrêmement négatif	-3
Moyennement négatif	-2
Un peu négatif	-1
Pas d'impact	0
Un peu positif	1
Moyennement positif	2
Extrêmement positif	3

- Déménagement [stress_1](#)
- Période d'hébergement précaire [stress_2](#)
- Départ du foyer de l'un des enfants [stress_3](#)
- Accueil d'un nouveau membre dans la famille [stress_4](#)
- Naissance [stress_5](#)
- Mariage / PACS [stress_6](#)
- Divorce, séparation conjugale [stress_7](#)
- Grave conflit ou problèmes relationnels avec une personne de votre entourage (parent, ami, voisin, collègue, supérieur hiérarchique...) [stress_8](#)
- Violences subies dans un lieu public, au travail ou dans la sphère familiale (insultes, agression, brutalités physiques, harcèlement, viol...) [stress_9](#)
- Changement majeur dans les finances ou dans le travail [stress_10](#)
- Cessation d'activité ou départ à la retraite [stress_11](#)
- Perte d'emploi (licenciement, non renouvellement de contrat, etc.) [stress_12](#)
- Perte d'emploi de votre conjoint(e) (licenciement, non renouvellement de contrat, etc.) [stress_13](#)
- Maladie grave, handicap ou hospitalisation [stress_14](#)
- Maladie grave, handicap ou hospitalisation d'un membre de votre famille [stress_15](#)
- Décès de votre conjoint(e) [stress_16](#)
- Décès d'un enfant [stress_17](#)
- Autre décès qui vous a beaucoup affecté(e) [stress_18](#)

- Tentative de suicide [stress_19](#)
- Autre événement qui vous a touché(e) [stress_20](#)
 - (si autre événement coché) Précisez lequel : [stress_autre](#)

Anxiété

GAD_7 Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

Commentaires

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 : **mor_coms**

Validation

Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous êtes sûr(e) d'avoir fini de répondre, cliquez sur le bouton « Terminer ». Cela fermera définitivement votre questionnaire.

OPÉRATIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS 3

chir_hospi3

Généralités

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

* Un astérisque signifie que la question est obligatoire.

Certaines réponses sont vérifiées automatiquement pour éviter des 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. « **Précédent** » vous permet de revenir à la page précédente ;
2. « **Suivant** » enregistre les informations remplies et passe à la page suivante ;
3. « **Finir plus tard** » enregistre les informations remplies et ferme le questionnaire.

Validation : Une fois le questionnaire complété, pensez toujours à le valider sur la dernière page en cliquant sur le bouton « **Terminer** ».

Pour commencer à répondre au questionnaire, cliquez sur « COMMENCER ».

Important

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.

*Dans les pages suivantes, nous allons vous questionner sur vos opérations chirurgicales et hospitalisations **depuis le dernier questionnaire « Opérations chirurgicales et hospitalisations »** que vous avez rempli. Vous pourrez retrouver dans notre courriel d'invitation la date à laquelle vous l'aviez rempli.*

Vos opérations 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 [Lst_yesno]

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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**

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(si intestin) Vous avez subi une opération de l'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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

- (Si intestin grêle) Vous avez subi une opération de l'intestin grêle, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_grele_a**
- (Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)*

- (Si rectum) Vous avez subi une opération du rectum, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_rect_a**
- (Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)*

- (Si je ne sais pas) Vous avez subi une opération de l'intestin, en quelle année était-ce ? aaaa **chir_intest_a**
- (Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)*

(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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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**

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Il s'agissait : **chir_abl1_lat**

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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**

- Endomètre **6**
- Ovaire **7**
- Rein **2**
- Trompe **8**
- Utérus **9**
- Vessie **5**
- Autre organe ou autre motif d'opération **11**

(Si autre) Précisez l'organe ou le motif d'opération : **chir_gu_f_aut**

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Il s'agissait : **chir_ovr_lat**

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Il s'agissait : **chir_tromp_lat**

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

- 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 : chir_rein_lat

- 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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

(si prothèse)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Il s'agissait de : **chir_proth**

- La hanche **1**
- Le genou **2**
- L'épaule **3**
- La cheville **4**
- Autre **5** Précisez : **chir_proth_aut**

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

chir_arthro_a

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

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

- 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**

(Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

Vos hospitalisations

///VIE

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 [Lst_yesno]**

- 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** (Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)
- Motif d'hospitalisation :* **hospi1_mot**

2^{ème} Hospitalisation :

- Mois : **hospi2_m** Année : **hospi2_a** (Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)
- Motif d'hospitalisation :* **hospi2_mot**

3^{ème} Hospitalisation :

- Mois : **hospi3_m** Année : **hospi3_a** (Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)
- Motif d'hospitalisation :* **hospi3_mot**

4^{ème} Hospitalisation :

- Mois : **hospi4_m** Année : **hospi4_a** (Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)
- Motif d'hospitalisation :* **hospi4_mot**

5^{ème} Hospitalisation :

- Mois : **hospi5_m** Année : **hospi5_a** (Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours)

- Motif d'hospitalisation :* [hospi5_mot](#)

6^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi6_m](#) Année : [hospi6_a](#) (*Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours*)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi6_mot](#)

7^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi7_m](#) Année : [hospi7_a](#) (*Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours*)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi7_mot](#)

8^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi8_m](#) Année : [hospi8_a](#) (*Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours*)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi8_mot](#)

9^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi9_m](#) Année : [hospi9_a](#) (*Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours*)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi9_mot](#)

10^{ème} Hospitalisation :

- Mois : [hospi10_m](#) Année : [hospi10_a](#) (*Contrôle : entre l'année de naissance et l'année en cours*)
- Motif d'hospitalisation :* [hospi10_mot](#)

Commentaires

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 : [chirhospi_coms](#)

Validation

Nous vous remercions pour votre participation.

Si vous êtes sûr(e) d'avoir fini de répondre, cliquez sur le bouton « Terminer ». Cela fermera définitivement votre questionnaire.

