



COHORTE E3N-GÉNÉRATIONS

QUESTIONNAIRE MÉDECINS

Ce questionnaire permet aux volontaires G2 de renseigner les coordonnées de leurs médecins. Il est en permanence accessible via la plateforme.

Page 1 : Vos médecins

Dans certains cas, les médecins-chercheurs de l'étude E4N pourraient avoir besoin de données médicales très précises ; merci d'indiquer les coordonnées des médecins qui pourraient être contactés pour obtenir ce complément d'information.

Votre médecin traitant

- **Spécialité :**

- ☐ Cancérologue / oncologue
- ☐ Cardiologue
- ☐ Chirurgien
- ☐ Dermatologue
- ☐ Endocrinologue
- ☐ Gastro-entérologue
- ☐ Généraliste
- ☐ Gynécologue
- ☐ Hématologue
- ☐ Neurologue
- ☐ Ophtalmologue
- ☐ Psychiatre
- ☐ Radiothérapeute
- ☐ Rhumatologue
- ☐ Stomatologue
- ☐ Urologue
- ☐ Autre spécialité

▪ **Si autre →** Précisez laquelle : _____

- **Coordonnées :**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Pays : _____

Avez-vous un autre médecin à nous communiquer ? (Vous pouvez indiquer jusqu'à 9 médecins qui vous traitent régulièrement ou vous ont traité(e) pour une pathologie importante.)

☐ Oui

☐ Non

Si Oui :

• **Votre médecin n°1**

▪ **Spécialité**, précisez laquelle : _____

▪ **Coordonnées** : Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Pays : _____

• **Votre médecin n°2**

▪ **Spécialité**, précisez laquelle : _____

▪ **Coordonnées** : Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Pays : _____

• **Votre médecin n°3**

▪ **Spécialité**, précisez laquelle : _____

▪ **Coordonnées** : Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____

Ville : _____

Pays : _____

- **Votre médecin n°8**

- **Spécialité**, précisez laquelle : _____

- **Coordonnées** : Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Pays : _____

- **Votre médecin n°9**

- **Spécialité**, précisez laquelle : _____

- **Coordonnées** : Nom : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Complément d'adresse : _____
Code postal : _____
Ville : _____
Pays : _____

Page 2 : Validation

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

Commentaires :

Avez-vous terminé de compléter votre questionnaire ?

☐ Oui

☐ Non

Si Oui →

Validation de votre questionnaire : ☐

☐ **En cochant cette case, vous validez et fermez définitivement votre questionnaire. Vous n'aurez plus la possibilité de modifier vos réponses**