



Q-3

questionnaire pour les hommes

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander à un proche de vous aider à remplir ce questionnaire.

MERCI

D'ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR ET EN MAJUSCULES,

DE NE PAS RAYER, NI DE DÉBORDER DES CASES.

Date de naissance / / 1 9

jour mois année

Date de réponse / / 2 0

jour mois année

Vous remplissez ce questionnaire : seul avec l'aide d'un tiers

Je consens au partage et à l'utilisation de mes données et échantillons biologiques pour mener d'autres recherches, études et évaluations dans le domaine de la santé qui présentent un intérêt public dans les conditions définies dans la lettre d'accompagnement.

Coordonnées

Téléphone fixe : Portable :

Adresse e-mail :

Si elle est différente de celle à laquelle nous vous avons adressé ce questionnaire, merci de nous signaler **votre nouvelle adresse postale** à contact@e3n.fr ou par téléphone au 01 42 11 53 86.

Vous êtes : marié / en couple divorcé / séparé veuf célibataire

Vous vivez : seul en maison de retraite / foyer logement / EHPAD depuis (année)

avec votre conjointe avec vos enfants autre

Mesures anthropométriques

Merci d'indiquer quel était votre poids :	à 20 ans :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	à 30 ans :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
	à 40 ans :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	à 50 ans :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
	à 60 ans :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	à 70 ans :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
	à 80 ans :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		

Merci de préciser vos mesures anthropométriques **actuelles** ci-dessous :

Poids : kg Taille : cm Tour de taille (niveau du nombril) : cm

Avez-vous perdu, sans le vouloir, 3 kg ou plus dans les 6 derniers mois ? oui non

Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que : l'équipe Inserm chargée de l'étude E3N-E4N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies ; sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront vous être communiquées et les informations médicales, communiquées au médecin de votre choix. Si vous constatez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées ; il est possible de cesser de participer à l'étude.

Maladies endocriniennes

mois année

<input type="checkbox"/> Diabète														
Si oui, traité par :	<input type="checkbox"/> Metformine	<input type="checkbox"/> autre antidiabétique oral	<input type="checkbox"/> insuline											
	<input type="checkbox"/> autre antidiabétique injectable	<input type="checkbox"/> régime alimentaire seul	<input type="checkbox"/> non traité											
Merci d'indiquer votre dernier taux d'HbA1c (hémoglobine glyquée) :								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%				
<input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie														
<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie														
<input type="checkbox"/> Nodule														
<input type="checkbox"/> Goitre														

Maladies neurologiques et neurovasculaires

année

<input type="checkbox"/> Migraine :	<input type="checkbox"/> avec aura	<input type="checkbox"/> sans aura	<input type="checkbox"/> ne sais pas							
<input type="checkbox"/> Névralgies faciales										
<input type="checkbox"/> Autres maux de tête chroniques										
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) / hémorragie cérébrale / « attaque »										
Si oui, s'agissait-il d'un accident ischémique transitoire (AIT) ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas				
<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson										
<input type="checkbox"/> Autre maladie neurologique, précisez :										

Mémoire

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

- oublis dans les activités courantes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
- difficultés à retenir de nouvelles informations simples ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Si vous avez répondu oui à l'une des deux questions précédentes :			
Avez-vous parlé à un médecin généraliste de ces symptômes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous consulté un neurologue ou un médecin gériatre pour ces symptômes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Vous a-t-on prescrit un médicament pour ces symptômes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Maladies de la peau

année

<input type="checkbox"/> Eczéma, depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (année)	<input type="checkbox"/> Poussées d'urticaire, depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Vitiligo, depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (année)	<input type="checkbox"/> Psoriasis, depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Rosacée, depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (année)				
<input type="checkbox"/> Ulcères, plaies chroniques :	<input type="checkbox"/> jambe(s)	<input type="checkbox"/> pied(s)	<input type="checkbox"/> autre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Érysipèle				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Santé respiratoire

À un moment quelconque **dans les 12 derniers mois** :

- avez-vous eu des sifflements dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, avez-vous été essoufflé, même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
- vous êtes-vous réveillé avec une sensation de gêne respiratoire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
- avez-vous eu une crise d'essoufflement au repos, pendant la journée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
- avez-vous eu une crise d'essoufflement APRÈS un effort intense ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
- avez-vous été réveillé par une crise d'essoufflement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des épisodes d'au moins 2 jours où vos crises d'asthme étaient vraiment pires que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
On vous a diagnostiqué :	<input type="checkbox"/> emphysème	<input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	année □ □ □ □
	<input type="checkbox"/> autre bronchite chronique		□ □ □ □

Maladies de l'appareil digestif et urinaire

<input type="checkbox"/> Maladie cœliaque	année □ □ □ □
<input type="checkbox"/> Ablation de la vésicule biliaire	□ □ □ □
<input type="checkbox"/> Sigméïdite diverticulaire traitée par : <input type="checkbox"/> chirurgie <input type="checkbox"/> antibiotiques	□ □ □ □
<input type="checkbox"/> Polypes bénins : <input type="checkbox"/> du côlon <input type="checkbox"/> du rectum	□ □ □ □
<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn / Rectocolite hémorragique	□ □ □ □
<input type="checkbox"/> Maladie du foie	□ □ □ □
Si oui : <input type="checkbox"/> virale <input type="checkbox"/> liée au diabète <input type="checkbox"/> liée au surpoids <input type="checkbox"/> liée à l'alcool	
<input type="checkbox"/> médicamenteuse <input type="checkbox"/> autre cause, précisez :	
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (créatinine sanguine anormale)	□ □ □ □
<input type="checkbox"/> Pyélonéphrite (infection du rein)	□ □ □ □
<input type="checkbox"/> Colique néphrétique (calcul urinaire)	□ □ □ □

Maladies musculo-squelettiques

<input type="checkbox"/> Fracture(s) : <input type="checkbox"/> poignet <input type="checkbox"/> col du fémur <input type="checkbox"/> vertèbres/tassement vertébral <input type="checkbox"/> autre	année □ □ □ □
Si oui, indiquez la date (en cas de plusieurs fractures, indiquez la plus récente) :	□ □ □ □
<input type="checkbox"/> Pseudo polyarthrite rhizomélique (PPR) / Maladie de Horton	□ □ □ □
<input type="checkbox"/> Autre problème articulaire gênant la vie quotidienne	□ □ □ □
Si oui : <input type="checkbox"/> polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> spondylarthrite ankylosante <input type="checkbox"/> arthrose	
<input type="checkbox"/> périarthrite scapulo-humérale <input type="checkbox"/> autre	

État psychologique et dépression

Depuis juin 2018, avez-vous fait une dépression ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, quelle est la date de votre dernier épisode dépressif ?				<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
				<i>mois</i>	<i>année</i>
Depuis juin 2018, avez-vous eu un autre trouble psychologique ayant nécessité un traitement ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Voyez-vous régulièrement un psychologue ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Au cours des 2 dernières années, avez-vous perdu une ou plusieurs personnes chères ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :		<input type="checkbox"/> ami(e)	<input type="checkbox"/> parent	<input type="checkbox"/> conjointe	

Covid-19

Depuis janvier 2020, pensez-vous avoir été infecté par le coronavirus (que cela ait été confirmé ou non par un médecin ou par un test) ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Si oui :	À quelle période ?	<input type="checkbox"/> avant mars 2020	<input type="checkbox"/> entre mars et juin 2020			
		<input type="checkbox"/> en juillet ou août 2020	<input type="checkbox"/> entre septembre et décembre 2020			
		<input type="checkbox"/> entre janvier 2021 et aujourd'hui	<input type="checkbox"/> je ne me souviens pas			
	Cela a-t-il été confirmé par un médecin ?		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui		
	Êtes-vous resté plusieurs jours à l'hôpital à cause de cette infection au coronavirus ?		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui : combien de jours ? <input type="text"/>		
	Avez-vous eu besoin d'oxygène ?		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui : combien de jours ? <input type="text"/>		
Avez-vous été en service de réanimation ?		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui : combien de jours ? <input type="text"/>			
Avez-vous fait un séjour en rééducation cardiorespiratoire après l'hôpital ?		<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui : combien de jours ? <input type="text"/>			

Merci d'indiquer pour chaque type de test ci-dessous si vous l'avez effectué. Si oui, précisez la date et le résultat (si plusieurs mêmes tests dont les résultats sont différents, indiquez la date du positif ; si plusieurs tests positifs, indiquez la date du premier ; si plusieurs tests négatifs, indiquez la date du dernier) :

Type de test	non fait	fait	mois / année	positif	incertain	négatif
Test virologique PCR (prélèvement dans le nez ; résultats en général après 24h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test antigénique (prélèvement dans le nez ; résultats en moins d'1h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test sérologique (analyse de sang ; résultats après 24h au moins)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test de diagnostic rapide : TDR/TROD/ auto-test (analyse de sang ; résultats en moins d'1h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Test salivaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scanner pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Covid-19 (suite)

Depuis janvier 2020, avez-vous présenté l'un des symptômes listés ci-dessous, **que vous n'aviez pas habituellement avant** ?

Merci de cocher ceux que vous avez eus. Puis, pour chacun, précisez sa durée et cochez s'il était présent au moment de votre infection au coronavirus, s'il est encore présent aujourd'hui et s'il a été associé à la Covid-19 (par un médecin ou vous-même) :

Pour préciser la durée :

1 = moins d'une semaine

2 = de 1 à 2 semaines

3 = de 3 à 4 semaines

4 = de 5 à 8 semaines

5 = plus de 8 semaines

Symptôme	cochez si oui	durée (indiquez un chiffre)	présent lors de votre infection au coronavirus	présent aujourd'hui	associé à la Covid-19
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés respiratoires, essoufflement inhabituel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs thoraciques, oppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs articulaires (arthralgies, arthrite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courbatures, douleurs musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie des nerfs du visage (paralysie faciale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes sensitifs (fourmillements, brûlures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'élocution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausées, vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Constipations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs à l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du goût ou de l'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fièvre, température maximale : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue inhabituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficultés d'attention et/ou de concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évanouissements, malaises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles cutanés/dermatologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles dépressifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjonctivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre symptôme, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres problèmes de santé importants non cités

mois

année

1.	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Infections et opérations (vie entière)

Au cours de votre vie, un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué une infection urinaire ou une prostatite ?

oui

non

Si oui :	Combien d'infections urinaires avez-vous eues ?	<input type="checkbox"/> 1 : à quel âge ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 ou +
	Si vous avez eu plusieurs infections urinaires, précisez votre âge :	à la première :		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		à la dernière :		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Avez-vous été traité par antibiotiques ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
	Avez-vous été hospitalisé ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		

Au cours de votre vie, un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué une prostatite chronique (inflammation de la prostate) ?

oui

non

Au cours de votre vie, un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué une infection ou une maladie de type « sexuellement transmissible » ?

oui

non

Si oui, merci de cocher ci-dessous les infections que vous avez eues, puis de préciser le nombre d'épisodes vécus et l'âge que vous aviez :

Type d'infection	cochez si oui	nombre	âge à la première	âge à la dernière
Gonorrhée (chaude pisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trichomonas	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chlamydiae	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mycoplasme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Urétrite (écoulement par l'orifice urinaire d'un liquide épais ou purulent)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Au cours de votre vie, avez-vous subi une ablation :

- des amygdales ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui : à quel âge ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
- des végétations ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui : à quel âge ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
- de l'appendice ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui : à quel âge ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans

Dépistages

Avez-vous déjà fait un test de dépistage du cancer du côlon (Hémoccult® ou test immunologique) ? oui non

Si oui :

À quelle année remonte votre dernier test ?

Quel était son résultat ? normal anormal

À quelle fréquence faites-vous un test de dépistage du cancer du côlon ?

une fois tous les 2 ans environ moins souvent

Avez-vous déjà eu un dosage sanguin des PSA (mesure du taux d'Antigènes Spécifiques de la Prostate présents dans le sang) **pour dépister le cancer de la prostate ?** oui non

Si oui :

Combien en avez-vous fait ? 1 2 3 4 5 ou +

À quelle année remonte votre dernier dosage PSA ?

Quel était son résultat ? normal anormal

Si le résultat était anormal, avez-vous réalisé une biopsie de la prostate ? oui non

Vaccination

Pendant l'hiver 2020-2021, avez-vous été vacciné contre la grippe saisonnière ? oui non

Êtes-vous vacciné contre la Covid-19 ? oui non

Si oui :

À quelle date avez-vous eu votre 1^{ère} injection ? / /
jour mois année

Avez-vous reçu votre 2^{ème} injection ? oui non non concerné

Si oui, à quelle date avez-vous eu votre 2^{ème} injection ? / /

Quel vaccin a été utilisé ? PfizerNBiotech Moderna AstraZeneca

Janssen (Johnson & Johnson) autre, précisez : ne sais pas

Avez-vous eu de la fièvre suite à votre vaccination contre la Covid-19 ? oui non

Si oui, combien de temps après votre vaccination cette fièvre est-elle apparue ?

moins de 12 h après entre 12 et 24 h après plus de 24 h après

Si vous avez eu de la fièvre, combien de temps a-t-elle duré ?

une demi-journée ou moins une journée plus d'une journée

Si vous avez eu de la fièvre, veuillez préciser votre température maximale : , °C

Si non, comptez-vous vous faire vacciner contre la Covid-19 ?

oui, dès que possible oui, probablement non, probablement pas non, certainement pas ne sais pas

Depuis mars 2020, vous avez dû repousser d'un mois ou plus : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> une opération chirurgicale | <input type="checkbox"/> un examen de dépistage du cancer |
| <input type="checkbox"/> une consultation médicale | <input type="checkbox"/> un examen complémentaire (analyses biologiques, imagerie...) |
| <input type="checkbox"/> non, car je n'avais pas de rendez-vous prévu | <input type="checkbox"/> non, mes rendez-vous n'ont pas changé |

Antécédents familiaux

* lien de sang uniquement, exclure les adoptions et les demi-frères/sœurs

Au cours de sa vie, l'un des membres de votre famille a-t-il souffert (ou souffre-t-il) de :	conjointe	mère*	père*	frère(s)*	sœur(s)*	enfant(s)*
Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer colorectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de la prostate			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cancer du testicule			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Cancer de l'ovaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du pancréas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de l'intestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mélanome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du rein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de la thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre cancer, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spondylarthrite ankylosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn / Rectocolite hémorragique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie thyroïdienne (hyper ou hypo-thyroïdie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie thrombo-embolique (phlébite, embolie pulmonaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie cœliaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médicaments

Au cours de votre vie, avez-vous déjà pris **régulièrement** (au moins 3 fois par semaine), **pendant au moins 6 mois**, des médicaments pour traiter :

	cochez si oui	noms des médicaments principaux	âge de début	âge de fin
- l'hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- un cholestérol élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- pour fluidifier le sang (dont l'aspirine à faible dose)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- le cœur (autre médicament)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- le diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- les troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- la dépression ou l'anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- les maladies rhumatismales	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- d'autres douleurs chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- l'acidité gastrique ou le reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- la constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- la prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Actuellement, combien de médicaments différents (avec ou sans ordonnance) **prenez-vous au moins 3 fois par semaine ?**

Merci de préciser lesquels, y compris ceux qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie ou que vous achetez vous-même sans ordonnance :

.....

.....

.....

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de la vitamine D ? oui non

Si oui : en ampoule (1, 2, 3 ou plus dans l'hiver) en dose quotidienne (gouttes, capsule, sachet ou comprimé) huile de foie de morue

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris du zinc (médicaments ou compléments alimentaires), **hors oligosol ?** oui non

Si oui : Il s'agissait de : zinc seul multivitamines-multiminéraux complément alimentaire pour ongles/cheveux

Vous l'avez pris au total : moins d'1 mois 1 à 3 mois 3 à 6 mois plus de 6 mois

Activité physique

Au cours de l'année écoulée, combien d'heures avez-vous consacrées en moyenne par semaine :		Hiver	Été
(indiquez le nombre d'heures pleines en moyenne. Ex. aucune = 0 ; 2h15 = 2 ; 2h30 = 3)		heures / semaine	heures / semaine
À la marche (y compris pour faire des courses, pour vos loisirs...)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
À faire du vélo (y compris pour faire des courses, pour vos loisirs...)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Au jardinage et/ou au bricolage		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aux tâches ménagères (cuisine, ménage...)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Au sport (natation, gymnastique, tennis...)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
À quelle fréquence pratiquez-vous des activités physiques modérées (ex. jardiner ou se promener) ?	<input type="checkbox"/> plusieurs fois / semaine	<input type="checkbox"/> une fois / semaine	
	<input type="checkbox"/> une à trois fois / mois	<input type="checkbox"/> presque jamais ou jamais	
En moyenne, combien d'heures par jour restez-vous assis ? (pendant les repas, devant la télévision, devant l'ordinateur, à lire...)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> heures / jour	
Au cours du dernier mois, avez-vous manqué d'énergie pour réaliser les choses que vous vouliez faire ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Déplacements

Actuellement, conduisez-vous une voiture ?	<input type="checkbox"/> oui, régulièrement	<input type="checkbox"/> oui, occasionnellement				
<input type="checkbox"/> non, vous n'avez jamais conduit	<input type="checkbox"/> non, vous avez cessé de conduire à : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans (âge)					
Cochez...	car, bus	tramway	métro	train	transport à la demande	aucun
... les moyens de transports accessibles à pied depuis votre logement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ceux que vous utilisez, au moins une fois par semaine en moyenne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actuellement, éprouvez-vous des difficultés à vous déplacer ?						
<input type="checkbox"/> vous restez dans un lit ou au fauteuil		<input type="checkbox"/> vous restez dans votre domicile				
<input type="checkbox"/> vous restez dans votre quartier ou voisinage proche		<input type="checkbox"/> vous n'éprouvez aucune restriction				

Chutes

Quand vous êtes debout, avez-vous peur de tomber ?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, un peu	<input type="checkbox"/> oui, beaucoup	
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une chute ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui :	Avez-vous chuté plus d'une fois ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
	Lorsque vous êtes tombé, avez-vous eu besoin, au moins une fois, que quelqu'un vous aide pour vous relever ?			
<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, vous êtes resté moins de 5 minutes par terre, avant que l'on vous aide			
	<input type="checkbox"/> oui, vous êtes resté entre 5 et 30 minutes par terre, avant que l'on vous aide			
	<input type="checkbox"/> oui, vous êtes resté plus de 30 minutes par terre, avant que l'on vous aide			

Oreilles et bruits

Portez-vous un appareil auditif ? oui non

Précisez depuis quelle année :

Si oui : Le portez-vous tous les jours ou presque ? oui non

Le supportez-vous bien ? oui non

Pouvez-vous suivre une conversation téléphonique ? (cochez un chiffre ci-dessous)

- sans appareil : (1 = impossible) 1 2 3 4 5 (5 = sans difficulté)

- avec appareil : 1 2 3 4 5 Je n'ai pas d'appareil

Pouvez-vous suivre une conversation dans un milieu bruyant ? (cochez un chiffre ci-dessous)

- sans appareil : (1 = impossible) 1 2 3 4 5 (5 = sans difficulté)

- avec appareil : 1 2 3 4 5 Je n'ai pas d'appareil

De façon générale, dans quelle mesure êtes-vous sensible au bruit ? (cochez un chiffre ci-dessous)

(0 = pas du tout sensible) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 = extrêmement sensible)

Si vous pensez aux 12 derniers mois, quand vous êtes chez vous, à quel point le bruit des transports vous gêne-t-il ?

extrêmement beaucoup

moyennement légèrement

pas du tout

Si vous pensez aux 12 derniers mois, quand vous êtes chez vous, à quel point les bruits suivants vous gênent-ils ?

	extrême- ment	beaucoup	moyenne- ment	légère- ment	pas du tout	non concerné
- bruits du trafic aérien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bruits du trafic routier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bruits du trafic ferré (RER, TGV, tram, TER...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bruits ponctuels du trafic (deux-roues motorisés, klaxons, sirènes, bennes à ordures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bruits extérieurs liés à la vie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bruits extérieurs liés à des chantiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bruits extérieurs provenant de systèmes de climatisation ou de ventilation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bruits liés à des sports mécaniques (karting, aviation de loisirs...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- autres bruits extérieurs (école, aires de jeux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bruits provenant des logements voisins (télévision ou cris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sons de la nature (cours d'eau, oiseaux...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Activités de la vie courante et autonomie

Sans aide, avez-vous des difficultés : (pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case)	pas de difficulté	quelques difficultés	beaucoup de difficultés	je ne peux pas du tout
- pour porter un sac de 5 kg comme un gros sac de provision ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour vous servir de vos mains et de vos doigts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour vous baisser, vous agenouiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à marcher 500 mètres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à marcher 1 kilomètre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour monter ou descendre une douzaine de marches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour monter ou descendre un escalier de 2 étages ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pour réaliser un gros travail domestique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous capable de vous lever d'une chaise sans accoudoirs 5 fois de suite ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Les questions suivantes concernent vos activités quotidiennes.

Pour chacune d'entre elles, **cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.**

Capacité à utiliser le téléphone :

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

Faire les courses :

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

Moyen de transport :

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

Responsabilité pour la prise des médicaments :

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

Activités de la vie courante et autonomie (suite)

Capacité à gérer son budget :

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

Préparation des repas :

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

Entretien de la maison :

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

Lessive :

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

Toilette (lavabo, bain ou douche) :

- Je n'ai besoin d'aucune aide pour ma toilette.
- J'ai besoin d'aide pour la toilette d'une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds).
- J'ai besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.

Habillage (prendre ses vêtements ; utiliser boutons et fermeture éclair) :

- Je n'ai besoin d'aucune aide.
- J'ai besoin d'aide uniquement pour lacer mes chaussures, boutonner, fermer une fermeture éclair.
- J'ai besoin d'aide pour prendre mes vêtements ou m'habiller, ou habillage impossible.

Aller aux W-C (pour uriner ou déféquer, s'essuyer, se rhabiller) :

- Je n'ai besoin d'aucune aide (possibilité de se rendre aux W-C avec canne, fauteuil roulant...).
- J'ai besoin d'aide.
- Je ne vais pas aux W-C.

Locomotion (pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise) :

- Je n'ai besoin d'aucune aide (possibilité d'utiliser une canne ou un déambulateur).
- J'ai besoin d'aide.
- Je ne quitte pas le lit.

Alimentation :

- Je n'ai besoin d'aucune aide.
- J'ai besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.
- J'ai besoin d'une aide complète ou alimentation artificielle.

Activités de la vie courante et autonomie (fin)

Depuis le début de l'épidémie (mars 2020), votre aide à domicile a-t-elle été modifiée ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> non, car je n'avais pas d'aide avant le début de l'épidémie | <input type="checkbox"/> oui, mon aide a diminué |
| <input type="checkbox"/> non, mon aide n'a pas changé | <input type="checkbox"/> oui, mon aide a augmenté |
| | <input type="checkbox"/> oui, je n'ai plus d'aide du tout |

Vous occupez-vous de personne(s) handicapée(s) ou dépendante(s) ? oui non

Si oui :	Quel lien avez-vous avec cette/ces personne(s) ?				
	<input type="checkbox"/> conjointe	<input type="checkbox"/> parent(s)	<input type="checkbox"/> enfant(s)	<input type="checkbox"/> autre	
	Combien de temps au total par semaine lui (leur) consacrez-vous ?				
	<input type="checkbox"/> temps plein	<input type="checkbox"/> 21 h ou +	<input type="checkbox"/> de 7 à 20 h	<input type="checkbox"/> de 2 à 6 h	<input type="checkbox"/> moins

Qualité de vie

Voici des activités que vous pourriez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune, **indiquez si vous êtes gêné en raison de votre état de santé actuel** :

- | | oui, très gêné | oui, un peu gêné | non, pas du tout gêné |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - monter plusieurs étages par l'escalier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Au cours des 4 dernières semaines...

... et en raison de votre état physique :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

... et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

... vos douleurs physiques vous ont-elles gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ?

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pas du tout | <input type="checkbox"/> un petit peu | <input type="checkbox"/> moyennement | <input type="checkbox"/> beaucoup | <input type="checkbox"/> énormément |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

... y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- | | | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> tout le temps | <input type="checkbox"/> une bonne partie du temps | <input type="checkbox"/> de temps en temps | <input type="checkbox"/> rarement | <input type="checkbox"/> jamais | | |
| ... y a-t-il eu des moments où : | en permanence | très souvent | souvent | parfois | rarement | jamais |
| - vous vous êtes senti calme et détendu ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vous vous êtes senti débordant d'énergie ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vous vous êtes senti triste et abattu ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Qualité de vie (fin)

Au cours des 4 dernières semaines...	tous les jours	presque tous les jours	certains jours	rarement	jamais
... avez-vous eu de fortes douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... votre raideur matinale a-t-elle duré plus d'une heure après votre réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... vos douleurs vous ont-elles gêné pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sentiments - comportements

Au cours de la semaine passée : (pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case)	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)
J'ai été contrarié par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti très déprimé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été confiant dans l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai pensé que ma vie était un échec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti craintif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon sommeil n'a pas été bon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été heureux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai parlé moins que d'habitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti seul.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres ont été hostiles envers moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai profité de la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des crises de larmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai manqué d'entrain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caractérisation du lieu de résidence

Vous habitez un(e) :	<input type="checkbox"/> maison individuelle	<input type="checkbox"/> appartement, précisez l'étage : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/> autre				
Votre logement est construit principalement en :	<input type="checkbox"/> pierre	<input type="checkbox"/> parpaing	<input type="checkbox"/> brique		
	<input type="checkbox"/> béton	<input type="checkbox"/> bois	<input type="checkbox"/> terre (pisé, torchis)		
	<input type="checkbox"/> autre, précisez :				
Votre logement donne sur :	<input type="checkbox"/> cour ou jardin exclusivement	<input type="checkbox"/> rue exclusivement	<input type="checkbox"/> les deux		
Dans votre logement actuel, avez-vous accès à un jardin à usage privatif ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Depuis combien de temps occupez-vous votre logement actuel ?					
<input type="checkbox"/> moins de 5 ans	<input type="checkbox"/> de 5 à 9 ans	<input type="checkbox"/> de 10 à 14 ans	<input type="checkbox"/> de 15 à 19 ans		
<input type="checkbox"/> de 20 à 24 ans	<input type="checkbox"/> de 25 à 29 ans	<input type="checkbox"/> 30 ans ou plus			
En quelle année votre logement a-t-il été construit ?					
<input type="checkbox"/> avant 1940	<input type="checkbox"/> de 1940 à 1950	<input type="checkbox"/> de 1950 à 1960	<input type="checkbox"/> de 1960 à 1970		
<input type="checkbox"/> de 1970 à 1980	<input type="checkbox"/> de 1980 à 1990	<input type="checkbox"/> après 1990	<input type="checkbox"/> ne sais pas		
Avez-vous une hotte dans votre cuisine ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, l'utilisez-vous ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dans votre logement actuel, vous avez un(e) :	<input type="checkbox"/> cheminée à foyer ouvert				
	<input type="checkbox"/> cheminée à foyer fermé (insert ou poêle à bois)				
	<input type="checkbox"/> poêle à granulés	<input type="checkbox"/> rien de tout cela			
Si vous avez une cheminée ou un poêle, lors de la période froide de l'année, vous l'utilisez :					<input type="checkbox"/> jamais
<input type="checkbox"/> moins d'1 fois / mois	<input type="checkbox"/> tous les mois	<input type="checkbox"/> toutes les semaines	<input type="checkbox"/> tous les jours ou presque		
Dans votre logement, à quelle fréquence vous arrive-t-il de :	jamais	moins d'1 fois / mois	tous les mois	toutes les semaines	tous les jours ou presque
- brûler des bougies parfumées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- brûler de l'encens (papier d'arménie...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diffuser des huiles essentielles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- utiliser des bombes désodorisantes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous l'impression de vivre dans une zone où l'air extérieur est pollué ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Si vous habitez en ville, avez-vous un espace vert (parc, jardin public) accessible à pied depuis votre résidence ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je n'habite pas en ville
Si oui, la présence de cet espace vert vous incite-t-elle à pratiquer une activité physique (marche rapide, jogging, Taïchi, vélo...) ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Contacts sociaux et familiaux

Êtes-vous satisfait de la qualité de vos relations avec les personnes de votre entourage ?

<input type="checkbox"/> très satisfait	<input type="checkbox"/> plutôt satisfait	<input type="checkbox"/> plutôt insatisfait	<input type="checkbox"/> insatisfait
Combien d'ami(es) proche(s) avez-vous ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 à 5
		<input type="checkbox"/> 6 à 9	<input type="checkbox"/> 10 ou +
De combien de membre(s) de votre famille vous sentez-vous proche ?	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 à 5
	<input type="checkbox"/> 6 à 9	<input type="checkbox"/> 10 ou +	
Avec combien de ces amis proches ou membres de votre famille avez-vous des contacts au moins une fois par mois ?	<input type="checkbox"/> aucun	<input type="checkbox"/> 1 ou 2	<input type="checkbox"/> 3 à 5
	<input type="checkbox"/> 6 à 9	<input type="checkbox"/> 10 ou +	

Y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour discuter de choses personnelles ou pour prendre une décision difficile ?

oui non

Aujourd'hui, combien de petits-enfants avez-vous ?

En moyenne, combien de jours par an êtes-vous avec un ou plusieurs de vos petits-enfants ? jours par an

<u>Depuis le début de l'épidémie (mars 2020), à quelle fréquence, en moyenne, voyez-vous au moins un de vos :</u>	tous les jours ou presque	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	plusieurs fois par an	une fois par an ou moins	je n'en ai pas (ou plus)
parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frères et sœurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
petits-enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ami(e)s ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre(s) (voisins, association, aide...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<u>Depuis le début de l'épidémie (mars 2020), à quelle fréquence, en moyenne, avez-vous des contacts (téléphone, SMS, e-mail, visioconférence...) avec au moins un de vos :</u>	tous les jours ou presque	au moins une fois par semaine	au moins une fois par mois	plusieurs fois par an	une fois par an ou moins	je n'en ai pas (ou plus)
parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frères et sœurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
petits-enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ami(e)s ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre(s) (voisins, association, aide...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sommeil

En moyenne, à quelle heure vous mettez-vous au lit ?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	heures	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutes				
En général, à quelle heure éteignez-vous la lumière (liseuse comprise) ?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	heures	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutes				
Combien de temps vous faut-il pour vous endormir ?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutes						
En moyenne, à quelle heure vous réveillez-vous définitivement le matin ?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	heures	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutes				
Vous arrive-t-il de vous réveiller la nuit ?		<input type="checkbox"/>	jamais	<input type="checkbox"/>	parfois	<input type="checkbox"/>	souvent	<input type="checkbox"/>	toujours		
Si oui :	En moyenne, combien de fois par nuit ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	fois par nuit							
	Combien de temps <u>au total</u> ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutes						
Prenez-vous des médicaments pour dormir ?		<input type="checkbox"/>	jamais	<input type="checkbox"/>	parfois	<input type="checkbox"/>	souvent	<input type="checkbox"/>	toujours		
Êtes-vous sujet aux ronflements ?							<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Partagez-vous votre chambre à coucher avec quelqu'un qui ronfle ?							<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Êtes-vous appareillé pour des apnées du sommeil ?							<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Si oui, vous l'utilisez :	<input type="checkbox"/>	pendant toute la nuit		<input type="checkbox"/>	seulement une partie de la nuit						
	<input type="checkbox"/>	pendant la sieste		<input type="checkbox"/>	seulement occasionnellement						
Après le repas de midi, avez-vous une envie irrésistible de dormir ?							<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Combien de fois par semaine faites-vous la sieste ?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	fois par semaine							
Si oui, quel est le temps moyen d'une sieste ?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutes						
Le soir, avez-vous l'habitude de lire avant de vous endormir ?							<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non	
Si oui :	Quelle lumière utilisez-vous pour lire ?		<input type="checkbox"/>	lumière de la chambre à coucher (plafonnier)							
			<input type="checkbox"/>	lampe de chevet		<input type="checkbox"/>	autre				
	Sur quel(s) support(s) lisez-vous généralement ? (plusieurs réponses possibles)		<input type="checkbox"/>	livre, journal, magazine papier		<input type="checkbox"/>	liseuse (Kindle, Kobo)		<input type="checkbox"/>	tablette, smartphone, ordinateur	
Au total, comment décririez-vous l'intensité lumineuse de votre chambre à coucher pendant la nuit ?											
<input type="checkbox"/>	noir total		<input type="checkbox"/>	presque totalement noir		<input type="checkbox"/>	lumière tamisée		<input type="checkbox"/>	bien éclairée	
Au total, comment décririez-vous l'environnement sonore (bruits intérieurs et extérieurs) de votre chambre à coucher pendant la nuit ?											
<input type="checkbox"/>	silence presque total		<input type="checkbox"/>	peu bruyant		<input type="checkbox"/>	bruyant		<input type="checkbox"/>	très bruyant	
Utilisez-vous des bouchons d'oreille la nuit pour dormir ?				<input type="checkbox"/>		jamais		<input type="checkbox"/>		parfois	
				<input type="checkbox"/>		souvent		<input type="checkbox"/>		toujours	
La chambre où vous dormez la nuit donne sur :			<input type="checkbox"/>			cour ou jardin		<input type="checkbox"/>			rue

Travail de nuit

Au cours de votre vie, avez-vous occupé un emploi (pendant au moins 1 an) **avec des horaires atypiques ?**

Horaires atypiques, c'est-à-dire :

- soit **travailler de nuit** (entre minuit (00 h) et 05 h du matin)
- soit **commencer tôt le matin** (avant 07 h du matin)
- soit **finir tard le soir** (après 21 h)

oui

non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous uniquement pour vos emplois avec des horaires atypiques (si plus de 4 emplois, décrivez les 4 plus longs) :

	emploi 1	emploi 2	emploi 3	emploi 4
Année de début :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Année de fin :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Période de travail : (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> nuit	<input type="checkbox"/> nuit	<input type="checkbox"/> nuit	<input type="checkbox"/> nuit
	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> matin	<input type="checkbox"/> matin
	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> soir
Cochez si travail posté :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si travail posté, précisez l'organisation :	<input type="checkbox"/> 2 x 8	<input type="checkbox"/> 2 x 8	<input type="checkbox"/> 2 x 8	<input type="checkbox"/> 2 x 8
	<input type="checkbox"/> 3 x 8	<input type="checkbox"/> 3 x 8	<input type="checkbox"/> 3 x 8	<input type="checkbox"/> 3 x 8
	<input type="checkbox"/> 2 x 12	<input type="checkbox"/> 2 x 12	<input type="checkbox"/> 2 x 12	<input type="checkbox"/> 2 x 12
	<input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> autre :	<input type="checkbox"/> autre :
Cochez si vos horaires atypiques étaient :	<input type="checkbox"/> fixes	<input type="checkbox"/> fixes	<input type="checkbox"/> fixes	<input type="checkbox"/> fixes
	<input type="checkbox"/> irréguliers	<input type="checkbox"/> irréguliers	<input type="checkbox"/> irréguliers	<input type="checkbox"/> irréguliers
Si fixes, précisez les horaires de début et fin de travail :	<input type="text"/> <input type="text"/> h (début)	<input type="text"/> <input type="text"/> h (début)	<input type="text"/> <input type="text"/> h (début)	<input type="text"/> <input type="text"/> h (début)
	<input type="text"/> <input type="text"/> h (fin)	<input type="text"/> <input type="text"/> h (fin)	<input type="text"/> <input type="text"/> h (fin)	<input type="text"/> <input type="text"/> h (fin)
Combien de jours consécutifs avec des horaires de nuit effectuiez-vous ?	<input type="text"/> / semaine	<input type="text"/> / semaine	<input type="text"/> / semaine	<input type="text"/> / semaine
	ou <input type="text"/> <input type="text"/> / mois	ou <input type="text"/> <input type="text"/> / mois	ou <input type="text"/> <input type="text"/> / mois	ou <input type="text"/> <input type="text"/> / mois
Avez-vous quitté cet emploi à cause de ces horaires atypiques ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> oui
	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> non

Usage des médias pendant le premier confinement (mars-mai 2020)

Vous teniez-vous informé de l'actualité tous les jours ou presque ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui :	Par quel(s) média(s) ?	<input type="checkbox"/> télévision	<input type="checkbox"/> internet	<input type="checkbox"/> radio	<input type="checkbox"/> presse
	Vous en avez ressenti de :	<input type="checkbox"/> l'angoisse	<input type="checkbox"/> la dépression	<input type="checkbox"/> la colère	
		<input type="checkbox"/> aucune de ces émotions			
Avez-vous décidé de réduire votre temps d'informations ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Consommation de tabac

Avez-vous déjà fumé dans votre vie ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui :	<input type="checkbox"/> vous fumez toujours :	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> régulièrement (1 cigarette par jour ou plus)		
	<input type="checkbox"/> vous avez arrêté, précisez votre âge à l'arrêt : <input type="text"/> <input type="text"/> ans				

Consommation de boissons alcoolisées

Au cours des 12 derniers mois, quelle a été, en moyenne, votre consommation d'alcool par semaine de :	Indiquez le nombre de verres standard en moyenne par semaine
Bière / cidre (verre standard = 250 ml) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>
Vin rouge / vin blanc / vin rosé / champagne (verre standard = 125 ml) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>
Apéritifs (vin cuit, Porto...) (verre standard = 70 ml) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>
Alcools forts (Pastis, whisky, vodka, rhum...) (verre standard = 40 ml) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>

Étude familiale E3N-E4N : appel à volontariat !

Vos enfants et petits-enfants qui ne participent pas encore à l'étude sont les bienvenus. Ils peuvent se préinscrire sur : www.e4n.fr/preinscription

Après les en avoir informés, vous pouvez aussi nous transmettre leurs coordonnées en remplissant le formulaire sur www.e3n.fr/famille

Vous êtes arrivé à la fin de ce questionnaire.

Nous vous remercions vivement pour votre précieuse collaboration.