

QUESTIONNAIRE SANTE FEMME (ANNIVERSAIRE)

Cas 1 : Volontaire enceinte

<p><i>Rubriques du questionnaire</i></p> <ul style="list-style-type: none">IntroductionVie reproductiveCardiovasculaireCancerHospitalisations cancerAutres maladiesSoinsAntécédents familiauxAntécédents familiaux (suite)Handicap	<p>Si vous n'avez jamais eu de règles, merci de cocher cette case <input type="checkbox"/></p> <p>Etes-vous actuellement enceinte ? <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas</p> <p>Si oui, quel est le terme prévu ? <input type="text"/></p> <p>Allaitez-vous actuellement ? <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>A quand remontent vos dernières règles ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> < 3 mois<input type="radio"/> 3 à 12 mois<input type="radio"/> > 12 mois <p>Habituellement, vos règles sont-elles ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Régulières<input type="radio"/> Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois)
<p>◀ Précédent Suite ▶</p>	

Cas 2 : Volontaire ménopausée

<p><i>Rubriques du questionnaire</i></p> <ul style="list-style-type: none">IntroductionVie reproductiveCardiovasculaireCancerHospitalisations cancerAutres maladiesSoinsAntécédents familiauxAntécédents familiaux (suite)Handicap	<p>Si vous n'avez jamais eu de règles, merci de cocher cette case <input type="checkbox"/></p> <p>Etes-vous actuellement enceinte ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas</p> <p>Allaitez-vous actuellement ? <input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non</p> <p>Etes-vous ménopausée ? <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> En cours <input type="radio"/> Non</p> <p>Avant leur arrêt, habituellement, vos règles étaient-elles ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Régulières<input type="radio"/> Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois) <p>Est-ce une ménopause ?</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Naturelle<input type="radio"/> Artificielle par ablation de l'utérus et des 2 ovaires<input type="radio"/> Artificielle par ablation des 2 ovaires seulement<input type="radio"/> Artificielle par radio ou chimiothérapie<input type="radio"/> Autre<input type="radio"/> Je ne sais pas <p>Prenez-vous actuellement un traitement en rapport avec la ménopause ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas</p> <p>◀ Précédent Suite ▶</p>
---	--

Cas 3 : Volontaire non enceinte et non ménopausée

<i>Rubriques du questionnaire</i> Introduction Vie reproductive Cardiovasculaire Cancer Hospitalisations cancer Autres maladies Soins Antécédents familiaux Antécédents familiaux (suite) Handicap	Si vous n'avez jamais eu de règles, merci de cocher cette case	<input type="checkbox"/>
	Etes-vous actuellement enceinte ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> Je ne sais pas
	Allaitez-vous actuellement ?	<input type="radio"/> Oui <input checked="" type="radio"/> Non
	Etes-vous ménopausée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> En cours <input checked="" type="radio"/> Non
	Utilisez-vous actuellement un moyen de contraception ?	<input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	Lequel ou lesquels ?	<input type="checkbox"/> Contraceptif oral (pilule...) <input type="checkbox"/> DIU (Stérilet) Cuivre <input type="checkbox"/> DIU (Stérilet) hormonal <input type="checkbox"/> Timbre <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Gel <input type="checkbox"/> Préservatif <input type="checkbox"/> Autres
A quand remontent vos dernières règles ?	<input type="radio"/> < 3 mois <input type="radio"/> 3 à 12 mois <input type="radio"/> > 12 mois <input type="radio"/> Je n'ai définitivement plus de règles	
Habituellement, vos règles sont-elles ?	<input type="radio"/> Régulières <input type="radio"/> Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois)	
<input type="button" value="◀ Précédent Suite ▶"/>		

Rubriques du questionnaire

Introduction

Vie reproductive

Cardiovasculaire

Cancer

Hospitalisations cancer

Autres maladies

Soins

Antécédents familiaux

Antécédents familiaux (suite)

Handicap

Depuis 1 an, avez-vous eu une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes, nouvellement diagnostiquée par un médecin ?

- Infarctus du myocarde
- Syndrome coronaire aigu sans nécrose
- Angioplastie ou revascularisation myocardique (stent, pontage...)
- Accident vasculaire cérébral (attaque, hémorragie ou congestion cérébrale...)
- Accident ischémique transitoire

Les autres événements cardiovasculaires seront à déclarer dans «Autres maladies»

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

Rubriques du questionnaire

Introduction
Vie reproductive
Cardiovasculaire
Cancer
Hospitalisations cancer
Autres maladies
Soins
Antécédents familiaux
Antécédents familiaux (suite)
Handicap

Depuis 1 an, avez-vous eu un cancer diagnostiqué par un médecin ?

Oui Non

Si oui lequel ou lesquels ?

- Lèvre, bouche, pharynx
- Œsophage
- Estomac
- Pancréas
- Foie ou vésicule biliaire
- Colon, rectum, anus
- Larynx
- Poumon, bronches ou plèvre
- Sein
- Col de l'utérus
- Autres cancers de l'utérus
- Ovaire
- Rein
- Vessie
- Peau (mélanome, cancer spinocellulaire...)
- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie
- Thyroïde
- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome malin hodgkinien
- Autre cancer

Précisez en clair :

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

Si hospitalisation pour cancer

Rubriques du questionnaire

Introduction

Vie reproductive

Cardiovasculaire

Cancer

Hospitalisations cancer

Autres maladies

Soins


Antécédents familiaux

Antécédents familiaux (suite)

Handicap

Depuis 1 an, avez-vous été hospitalisé(e) pour un cancer cité à la question précédente ?

Oui Oui, mais je l'ai déjà enregistré dans un des questionnaires Non

Pour chaque cancer déclaré, précisez, pour la dernière hospitalisation, la date d'entrée, le nom de l'hôpital, le service, le département et la commune. 

Cancer	Date d'entrée (JJMM/AAAA)	Hôpital	Service	Département / Etranger	Commune
Pancréas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Merci de choisir ▼	Merci de choisir ▼

◀ Précédent | Suite ▶

Rubriques du questionnaire

- Introduction
- Vie reproductive
- Cardiovasculaire
- Cancer
- Hospitalisations cancer
- Autres maladies
- Soins
- Antécédents familiaux
- Antécédents familiaux (suite)
- Handicap

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous et/ou êtes-vous traité pour un ou plusieurs des problèmes de santé suivants ?

	Si oui, cochez cette case	Si vous prenez des médicaments pour cette maladie, cochez cette case
Autres maladies cardiovasculaires, facteurs de risques cardio-vasculaires et maladies métaboliques		
Angor, angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite, sténose artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète de type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète de type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goutte, hyper-uricémie (acide urique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémochromatose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies endocriniennes		
Adénome hypophysaire, excès de prolactine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodule(s) thyroïdien(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroïdectomie (ablation de la thyroïde partielle ou totale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goitre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies para thyroïdiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies des surrénales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes circulatoires		
Insuffisance veineuse, problèmes circulatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Raynaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies respiratoires

Bronchite chronique, broncho-pneumopathie obstructive (BPCO), emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilatation des bronches (DDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnée du sommeil (diagnostiquée par un médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si vous prenez
des
médicaments
pour cette
maladie, cochez
cette case**

**Si oui,
cochez
cette case**

Maladies ou problèmes digestifs

Polypes, diverticules (intestin, colon, rectum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère gastro-duodéal, gastrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux gastro-œsophagien, achalasie, hernie hiatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Côlon irritable, colopathie fonctionnelle, constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rectocolite hémorragique (RCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie cœliaque (intolérance au gluten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose du foie, maladie chronique du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lithiase biliaire (calculs dans la vésicule), cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro, gastro-entérite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies ou problèmes concernant les os et articulations

Arthrose, rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal au dos, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbago...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie discale, sciatique, cruralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périarthrite, épicondylite, capsulite, tendinite, canal carpien...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose, ostéopénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture du poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture de la hanche (col du fémur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture d'une vertèbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entorses, luxations et autres fractures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies ou problèmes neurologiques et psychologiques

Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées, maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Néuralgies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble bipolaire, syndrome maniaco-dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété, troubles anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil, syndrome des jambes sans repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanie, spasmodophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement alimentaire, anorexie, boulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Addictions (alcool...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Si oui, cochez cette case	Si vous prenez des médicaments pour cette maladie, cochez cette case
Allergies			
	Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergie aux médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergie respiratoire (rhinite, sinusite, bronchite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allergie cutanée ou des muqueuses (conjonctivite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies génito-urinaires			
	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Incontinence urinaire, fuites urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lithiase rénale, calculs rénaux, coliques néphrétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endométriose, adénomyose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fibrome utérin avec ou sans intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kystes ovariens, dystrophie ovarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Troubles de l'ovulation, aménorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Infertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies de peau			
	Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Urticaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies des yeux			
	Dégénérescence maculaire, DMLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glaucome et/ou hypertension oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cataracte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Décollement de la rétine, décollement du vitré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies ORL			
	Acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vertiges, maladie de Menière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Surdité, troubles auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies ORL

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Acouphènes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vertiges, maladie de Menière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Surdité, troubles auditifs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Maladies hématologiques et de système

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Anémie, anémie de Biermer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus érythémateux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sarcoïdose (BBS), maladie de Behçet, syndrome de Gougerot Sjögren, sclérodermie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Maladies infectieuses

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Infection respiratoire aiguë, bronchite, pneumonie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection ORL, angine, sinusite, rhinopharyngite, otite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection urinaire et/ou rénale aiguë, cystite, pyélonéphrite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infection génitale, salpingite, prostatique, bartholinite... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grippe, syndrome grippal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculose, primo infection tuberculeuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mononucl ose infectieuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mycose, candidose, lichen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Paludisme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sida, VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Papillomavirus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herpès (cutané, génital) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Autre (vous pouvez saisir plusieurs maladies en les séparant par une virgule)

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Je n'ai eu aucun de ces problèmes de santé

- | |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

Rubriques du questionnaire

- Introduction
- Vie reproductive
- Cardiovasculaire
- Cancer
- Hospitalisations cancer
- Autres maladies
- Soins
- Antécédents familiaux
- Antécédents familiaux (suite)
- Handicap

**Depuis 1 an, avez-vous un nouveau médecin spécialiste qui vous suit régulièrement ?
Dans ce cas, pouvez-vous nous préciser les coordonnées de ce ou ces médecin(s) ?**

Cardiologue

Nom

Adresse

Ville

Code postal

Tél

(XXXXXXXXXX)

Neurologue

Cancérologue

Prenez-vous actuellement des médicaments (incluant somnifères, contraceptifs oraux, patchs...) ?

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer lesquels ?

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus. Cliquez ensuite sur "Ajouter" pour l'ajouter à votre liste de médicaments (à droite).

Attention aux différents dosages et à l'orthographe! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « **nom inconnu** ».


Médicament ou substance :

Ajouter

Effacer

Effacer

Vider

Dans les 12 derniers mois, vous est-il arrivé de prendre des compléments alimentaires, prescrits ou non par un médecin (vitamines, minéraux, oligo-éléments, extraits de plantes, acides gras essentiels type oméga 3, etc., sous forme de pilules, comprimés, gélules, sachet de poudre, sirop, etc.) ? 

Oui Non

En prenez-vous ?

- Tous les jours de l'année ou presque
- Plusieurs semaines dans l'année en cumulé (sous forme de cures ou non)
- De temps en temps, de manière très irrégulière

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

Rubriques du questionnaire

Introduction

Vie reproductive

Cardiovasculaire

Cancer

Hospitalisations cancer

Autres maladies

Soins

Antécédents familiaux

Antécédents familiaux (suite)

Handicap

Combien avez-vous de frères et soeurs biologiques (y compris demi-frère ou demi-soeur) ? frère(s)

soeur(s)

Depuis 1 an, vos parents, vos frères ou soeurs directs (ou « biologiques ») ont-ils souffert de nouveaux problèmes de santé parmi les problèmes suivants ?

	Père	Mère	L'un de vos frères	L'une de vos soeurs	Je ne sais pas
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de Poitrine ou Angor (douleur ou gêne dans la poitrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (attaque, hémorragie ou congestion cérébrale...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dégénérescence Maculaire liée à l'Age (DMLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démence sénile ou autre	<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"/>
Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété, troubles anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (vous pouvez saisir plusieurs maladies en les séparant par une virgule)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Père	Mère	L'un de vos frères	L'une de vos soeurs	

◀ Précédent | Suite ▶

Rubriques du questionnaire

Introduction

Vie reproductive

Cardiovasculaire

Cancer

Hospitalisations cancer

Autres maladies

Soins

Antécédents familiaux

Antécédents familiaux (suite)

Handicap

Parmi ces mêmes personnes de votre famille, depuis 1 an, certaines sont peut-être décédées : pouvez-vous nous le préciser ?

Père	Mère	Je ne sais pas	Aucune
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouvez-vous préciser l'âge auquel ils/elles sont décédés(es) ?

	Age au moment de son décès
Mère	<input type="text"/> ans <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

Quelle a été la cause du décès ?

	Cardiaque	Attaque cérébrale	Cancer	Accident	Autre	Je ne sais pas
Mère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

◀ Précédent | Suite ▶

Rubriques du questionnaire

- Introduction
- Vie reproductive
- Cardiovasculaire
- Cancer
- Hospitalisations cancer
- Autres maladies
- Soins
- Antécédents familiaux
- Antécédents familiaux (suite)
- Handicap

Rencontrez-vous actuellement des difficultés, infirmités ou handicaps qui limitent vos activités dans la vie de tous les jours ?

Oui Non

Quelle est la nature de ces difficultés, infirmités ou handicaps ?

- Déficience motrice (paraplégie, tétraplégie, hémiplégie, amputation, paralysie, fracture)
- Déficience visuelle (cécité, troubles de la vue)
- Déficience auditive (surdité)
- Déficience du langage ou de la parole (mutisme, aphasie)
- Autres, précisez en clair

Ces difficultés sont-elles :

Permanentes Temporaires

Vous a-t-on reconnu un taux d'incapacité ou d'invalidité ? (accordé par la Sécurité sociale, les COTOREP, CDAPH ou CDES (Commission Départementale d'Education Spéciale), l'armée, les sociétés d'assurance...)

Oui Non

Avez-vous une carte d'invalidité ? (Plusieurs réponses possibles)

- Oui, j'ai la carte d'invalidité (couleur orange)
- Oui j'ai la carte « station debout pénible » (couleur verte)
- Oui j'ai la carte nationale de priorité des invalides du travail (barrée de bleu ou de rouge)
- Oui, j'ai la carte de pensionné militaire d'invalidité (barrée de bleu ou de rouge)
- Non, je n'ai pas de carte d'invalidité

[← Précédent](#) | [🗨 Enregistrer en brouillon](#) | [📄 Valider définitivement](#)