

Rubriques du questionnaire

Introduction

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»

Rubriques du questionnaire

- Introduction
- 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
- Prostate
- Rein
- Vessie
- Peau (mélanome, cancer spinocellulaire...)
- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie
- Thyroïde
- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome malin hodgkinien
- Autre cancer

Précisez en clair :

Rubriques du questionnaire

- Introduction
- 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"/>

Problèmes circulatoiresInsuffisance veineuse, problèmes circulatoires Varices Phlébite Maladie de Raynaud **Maladies respiratoires**Bronchite chronique, broncho-pneumopathie obstructive (BPCO), emphysème Insuffisance respiratoire Asthme Dilatation des bronches (DDB) Apnée du sommeil (diagnostiquée par un médecin) Pneumothorax

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

**Si oui,
cochez
cette
case**

Maladies ou problèmes digestifsPolypes, diverticules (intestin, colon, rectum) Ulcère gastro-duodéal, gastrite Reflux gastro-œsophagien, achalasie, hernie hiatale Côlon irritable, colopathie fonctionnelle, constipation Rectocolite hémorragique (RCH) Maladie cœliaque (intolérance au gluten) Maladie de Crohn Hémorroïdes Hépatites Cirrhose du foie, maladie chronique du foie Lithiase biliaire (calculs dans la vésicule), cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire) Gastro, gastro-entérite

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"/>
Névralgies	<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, spasmophilie	<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"/>

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"/> |
| Adénome de la prostate, hypertrophie bénigne de la prostate avec ou sans intervention chirurgicale | <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 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"/> |
| Mononucléose 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)

Je n'ai eu aucun de ces problèmes de santé

Rubriques du questionnaire

- Introduction
- 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
 Neurologue
 Cancérologue

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

- 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 :

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

|

Rubriques du questionnaire

- Introduction
- 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	

Rubriques du questionnaire

Introduction

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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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
Père	<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
Père	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

◀ Précédent | Suite ▶

Rubriques du questionnaire

Introduction

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, hémiparésie, 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