

## Cas 1 : Volontaire enceinte

### Rubriques du questionnaire

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

**A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?**

ans  Je n'ai jamais eu de règles

**Etes-vous actuellement enceinte ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**Si oui, quel est le terme prévu ?**

**Allaitez-vous actuellement ?**

Oui  Non

**A quand remontent vos dernières règles ?**

< 3 mois

3 à 12 mois

> 12 mois

**Habituellement, vos règles sont-elles ?**

Régulières

Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois)

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

## Cas 2 : Volontaire non enceinte et non ménopausée

Rubriques du questionnaire  
Introduction

Vie reproductive

Cardiovasculaire

Cancer

Hospitalisations  
cancer

Autres maladies

Soins

Antécédents  
familiaux

Antécédents  
familiaux (suite)

Handicap

**A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?**

ans  Je n'ai jamais eu de règles

**Etes-vous actuellement enceinte ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**Allaitez-vous actuellement ?**

Oui  Non

**Etes-vous ménopausée ?**

Oui  En cours  Non

**Utilisez-vous actuellement un moyen de contraception ?**

Oui  Non

**Lequel ou lesquels ?**

Contraceptif oral (pilule...)  DIU (Stérilet) Cuivre  DIU (Stérilet) hormonal  Timbre  Implant  Gel  Préservatif  Autres

**A quand remontent vos dernières règles ?**

< 3 mois  
 3 à 12 mois  
 > 12 mois  
 Je n'ai définitivement plus de règles

**Habituellement, vos règles sont-elles ?**

Régulières  
 Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois)

◀ Précédent | Suite ▶

### Cas 3 : Volontaire ménopausée

#### Rubriques du questionnaire

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

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

12 ans  Je n'ai jamais eu de règles

Etes-vous actuellement enceinte ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Allaitez-vous actuellement ?

Oui  Non

Etes-vous ménopausée ?

Oui  En cours  Non

Avant leur arrêt, habituellement, vos règles étaient-elles ?

Régulières  
 Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois)

Avez-vous utilisé dans le passé un moyen de contraception ?

Oui  Non

Lequel ou lesquels ?

Contraceptif oral (pilule...)  Stérilet  Timbre  Implant  Gel  Préservatif  Autres

A quel âge avez-vous été ménopausée ?

ans  Je ne sais pas

Est-ce une ménopause ?

Naturelle  
 Artificielle par ablation de l'utérus et des 2 ovaires  
 Artificielle par ablation des 2 ovaires seulement  
 Artificielle par radio ou chimiothérapie  
 Autre  
 Je ne sais pas

Prenez-vous actuellement un traitement en rapport avec la ménopause ?

Oui  Non  Je ne sais pas

En avez-vous utilisé dans le passé ?

Oui  Non  Je ne sais pas

◀ Précédent | Suite ▶

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

**Avez-vous déjà eu une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes, diagnostiquées 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

**Avez-vous déjà 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 ▶](#)



Rubriques du questionnaire

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

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour un cancer cité à la question précédente ?

Oui  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
Lèvre, bouche, pharynx	<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

**Avez-vous et/ou êtes-vous traité pour un ou plusieurs des problèmes de santé suivants ?**

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

**Maladies respiratoires**

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

<b>Si oui, cochez cette case</b>	<b>Année du diagnostic</b>	<b>Si vous prenez des médicaments pour cette maladie, cochez cette case</b>
--	--------------------------------	---

**Maladies ou problèmes digestifs**

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

**Maladies ou problèmes concernant les os et articulations**

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



**Maladies ou problèmes neurologiques et psychologiques**

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

**Allergies**

Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie aux médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie respiratoire (rhinite, sinusite, bronchite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie cutanée ou des muqueuses (conjonctivite)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

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

**Si oui,  
cochez  
cette  
case**

**Année du  
diagnostic**

**Maladies génito-urinaires**

Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinence urinaire, fuites urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Lithiase rénale, calculs rénaux, coliques néphrétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Endométriose, adénomyose	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrome utérin avec ou sans intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kystes ovariens, dystrophie ovarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'ovulation, aménorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

**Maladies de peau**

- |           |                          |                      |                          |
|-----------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Acné      | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eczéma    | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urticaire | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Psoriasis | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

**Maladies des yeux**

- |  |                          |                      |                          |
|--|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Dégénérescence maculaire, DMLA                 | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucome et/ou hypertension oculaire           | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cataracte                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Décollement de la rétine, décollement du vitré | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

**Maladies ORL**

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

**Maladies hématologiques et de système**

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

**Maladies infectieuses**

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

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

**Je n'ai aucun de ces problèmes de santé**



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

**Pouvez-vous nous préciser les coordonnées des médecins qui vous suivent régulièrement ?**

- Cardiologue  
 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

**Vous arrive-t-il 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

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)

Vos parents, vos frères ou soeurs directs (ou « biologiques ») ont-ils souffert des problèmes de santé suivants ?

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

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

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

Pouvez-vous préciser l'année de leur décès et l'âge auquel ils/elles sont décédés(es) ?

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

Quelle a été la cause du décès ?

	Cardiaque	Attaque cérébrale	Cancer	Accident	Autre	Je ne sais pas
<b>Père</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
<b>Mère</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" 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, hémiplegie, 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](#)