

Questionnaire général sur le syndrome de Lynch-Suivi-CARPEM-LYNCH

Introduction

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de votre participation à l'étude CARPEM-LYNCH.

Dans ce questionnaire, nous nous intéressons à vos antécédents familiaux de syndrome de Lynch et à votre suivi médical en rapport avec le syndrome de Lynch au cours des 12 derniers mois.

Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse.

Ces informations sont strictement confidentielles.

Merci pour votre participation !

Diagnostic et antécédents familiaux de syndrome de Lynch

Au cours des 12 derniers mois, des membres de votre famille ont-ils eu un diagnostic de syndrome de Lynch ?

Oui

Non

Veillez préciser lequel(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Père

Mère

Frère

Sœur

Oncle maternel

Tante maternelle

Cousin maternel

Cousine maternelle

Grand-père maternel

Grand-mère maternelle

Oncle paternel

Tante paternelle

Cousin paternel

Cousine paternelle

Grand-père paternel

Grand-mère paternelle

Antécédents personnels de cancer

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un ou plusieurs diagnostic(s) de cancer ?

- Oui, un seul cancer
- Oui, plusieurs cancers
- Non

De quel type de cancer s'agissait-il ?

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

Quelle était la date du diagnostic ?

<input type="text"/>	mois
<input type="text"/>	année

Dans quel hôpital avez-vous été pris en charge pour ce cancer ?

Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris

Autre

Veillez préciser :

Quel(s) traitement(s) avez-vous reçu(s) pour ce cancer ? (plusieurs réponses possibles)

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Immunothérapie

Thérapies ciblées

Autre

Veillez préciser :

Actuellement, êtes-vous encore traité(e) pour ce cancer ?

Oui

Non

Quel(s) type(s) de traitement recevez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Immunothérapie

Thérapies ciblées

Autre

Veillez préciser :

Précisez les localisations du cancer et pour chaque localisation la date de diagnostic du cancer, le lieu de prise en charge et le traitement reçu.

Localisation 1 :

Lèvre, bouche, pharynx

Oesophage

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

Quelle était la date du diagnostic ?

<input type="text"/>	mois
<input type="text"/>	année

Dans quel hôpital avez-vous été pris en charge pour ce cancer ?

- Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris
- Autre

Veillez préciser :

Quel(s) traitement(s) avez-vous reçu(s) pour ce cancer ? (plusieurs réponses possibles)

- Chirurgie
- Radiothérapie

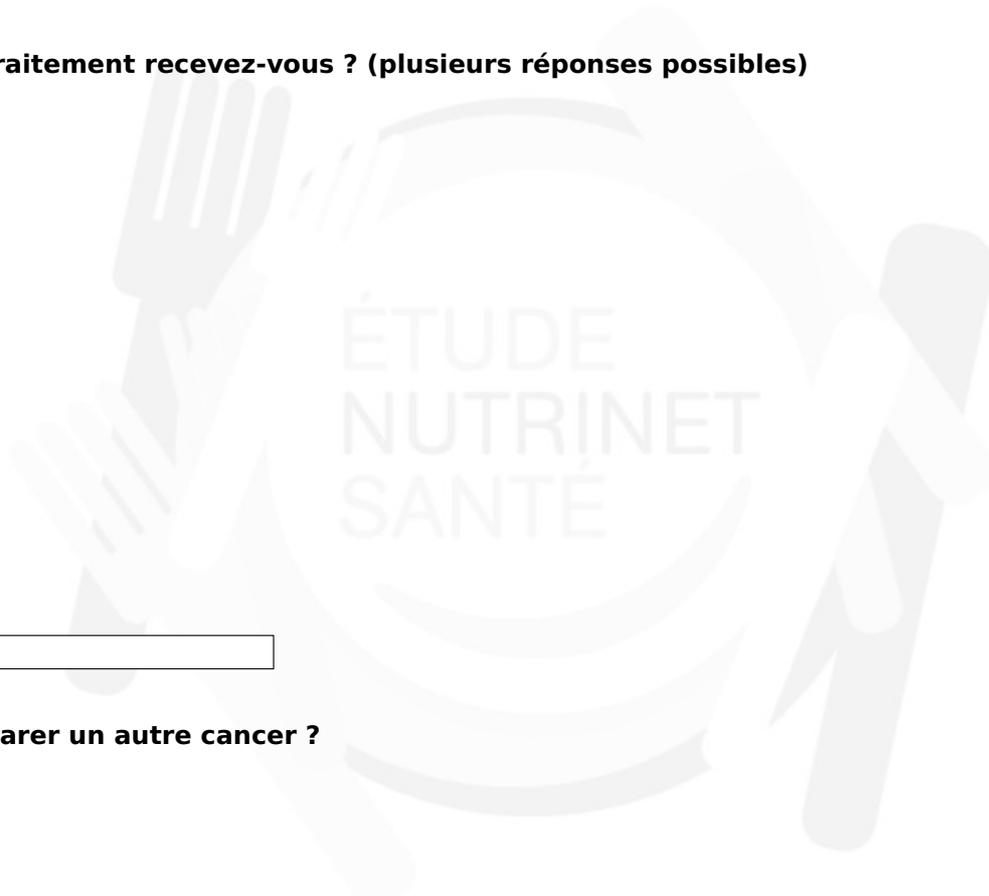
- 
- Chimiothérapie
 - Hormonothérapie
 - Immunothérapie
 - Thérapies ciblées
 - Autre

Veillez préciser :

Actuellement, êtes-vous encore traité(e) pour ce cancer ?

- Oui
- Non

Quel(s) type(s) de traitement recevez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- 
- Chirurgie
 - Radiothérapie
 - Chimiothérapie
 - Hormonothérapie
 - Immunothérapie
 - Thérapies ciblées
 - Autre

Veillez préciser :

Souhaitez-vous déclarer un autre cancer ?

- Oui
- Non

Localisation 2 :

- 
- Lèvre, bouche, pharynx
 - Oesophage
 - Estomac
 - Pancréas
 - Foie ou vésicule biliaire
 - Côlon, rectum, anus
 - Larynx

- Poumon, bronches ou plèvre
- Sein
- Col de l'utérus
- Autres cancers de l'utérus
- Ovaire
- Prostate
- Rein
- Vessie
- Peau (mélanome, cancer spinocellulaire)
- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie
- Thyroïde
- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome malin hodgkinien

Quelle était la date du diagnostic ?

<input type="text"/>	mois
<input type="text"/>	année

Dans quel hôpital avez-vous été pris en charge pour ce cancer ?

- Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris
- Autre

Veuillez préciser :

Quel(s) traitement(s) avez-vous reçu(s) pour ce cancer ? (plusieurs réponses possibles)

- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Thérapies ciblées

Autre

Veillez préciser :

Actuellement, êtes-vous encore traité(e) pour ce cancer ?

Oui

Non

Quel(s) type(s) de traitement recevez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Immunothérapie

Thérapies ciblées

Autre

Veillez préciser :

Souhaitez-vous déclarer un autre cancer ?

Oui

Non

Localisation 3 :

Lèvre, bouche, pharynx

Oesophage

Estomac

Pancréas

Foie ou vésicule biliaire

Côlon, rectum, anus

Larynx

Poumon, bronches ou plèvre

Sein

Col de l'utérus

Autres cancers de l'utérus

- Ovaire
- Prostate
- Rein
- Vessie
- Peau (mélanome, cancer spino cellulaire)
- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie
- Thyroïde
- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome malin hodgkinien

Quelle était la date du diagnostic ?

<input type="text"/>	mois
<input type="text"/>	année

Dans quel hôpital avez-vous été pris en charge pour ce cancer ?

- Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris
- Autre

Veillez préciser :

Quel(s) traitement(s) avez-vous reçu(s) pour ce cancer ? (plusieurs réponses possibles)

- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Thérapies ciblées
- Autre

Veillez préciser :

Actuellement, êtes-vous encore traité(e) pour ce cancer ?

- Oui

Non

Quel(s) type(s) de traitement recevez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Immunothérapie

Thérapies ciblées

Autre

Veillez préciser :

Souhaitez-vous déclarer un autre cancer ?

Oui

Non

Localisation 4 :

Lèvre, bouche, pharynx

Oesophage

Estomac

Pancréas

Foie ou vésicule biliaire

Côlon, rectum, anus

Larynx

Poumon, bronches ou plèvre

Sein

Col de l'utérus

Autres cancers de l'utérus

Ovaire

Prostate

Rein

Vessie

Peau (mélanome, cancer spinocellulaire)

- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie
- Thyroïde
- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome malin hodgkinien

Quelle était la date du diagnostic ?

<input type="text"/>	mois
<input type="text"/>	année

Dans quel hôpital avez-vous été pris en charge pour ce cancer ?

- Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris
- Autre

Veillez préciser :

Quel(s) traitement(s) avez-vous reçu(s) pour ce cancer ? (plusieurs réponses possibles)

- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie
- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Thérapies ciblées
- Autre

Veillez préciser :

Actuellement, êtes-vous encore traité(e) pour ce cancer ?

- Oui
- Non

Quel(s) type(s) de traitement recevez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

- Chirurgie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

- Hormonothérapie
- Immunothérapie
- Thérapies ciblées
- Autre

Veillez préciser :

Souhaitez-vous déclarer un autre cancer ?

- Oui
- Non

Localisation 5 :

- Lèvre, bouche, pharynx
- Oesophage
- Estomac
- Pancréas
- Foie ou vésicule biliaire
- Côlon, rectum, anus
- Larynx
- Poumon, bronches ou plèvre
- Sein
- Col de l'utérus
- Autres cancers de l'utérus
- Ovaire
- Prostate
- Rein
- Vessie
- Peau (mélanome, cancer spino-cellulaire)
- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie
- Thyroïde

ÉTUDE
NUTRINET
SANTÉ

ÉTUDE
NUTRINET
SANTÉ

Lymphome malin non hodgkinien

Lymphome malin hodgkinien

Quelle était la date du diagnostic ?

<input type="text"/>	mois
<input type="text"/>	année

Dans quel hôpital avez-vous été pris en charge pour ce cancer ?

Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris

Autre

Veillez préciser :

Quel(s) traitement(s) avez-vous reçu(s) pour ce cancer ? (plusieurs réponses possibles)

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Immunothérapie

Thérapies ciblées

Autre

Veillez préciser :

Actuellement, êtes-vous encore traité(e) pour ce cancer ?

Oui

Non

Quel(s) type(s) de traitement recevez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

Chirurgie

Radiothérapie

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Immunothérapie

Thérapies ciblées

Autre

Veillez préciser :

Suivi en lien avec le syndrome de Lynch

Au cours des 12 derniers mois, quel type de suivi en rapport avec le syndrome de Lynch avez-vous eu :

Mon examen de coloscopie de suivi que je fais tous les ans ou tous les 2 ans ?

- Oui
- Non

Quel était le résultat de votre examen de coloscopie de suivi ?

- Résultat normal (c'est-à-dire qu'aucune anomalie n'a été détectée)
- Présence de tumeur maligne (cancer)
- Présence de polypes
- Présence d'autre pathologie
- Autre

Veillez préciser :

De quel type de tumeur s'agit-il ?

- Lèvre, bouche, pharynx
- Oesophage
- Estomac
- Pancréas
- Foie ou vésicule biliaire
- Côlon, rectum, anus
- Larynx
- Poumon, bronches ou plèvre
- Sein
- Col de l'utérus
- Autres cancers de l'utérus
- Ovaire
- Prostate
- Rein
- Vessie

- Peau (mélanome, cancer spinocellulaire)
- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie
- Thyroïde
- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome malin hodgkinien

Quel était le résultat d'analyse des polypes (biopsie) ?

- Présence d'adénome non cancéreux
- Présence d'adénome cancéreux (adénome festonné)

De quel type de cancer s'agit-il ?

- Lèvre, bouche, pharynx
- Oesophage
- Estomac
- Pancréas
- Foie ou vésicule biliaire
- Côlon, rectum, anus
- Larynx
- Poumon, bronches ou plèvre
- Sein
- Col de l'utérus
- Autres cancers de l'utérus
- Ovaire
- Prostate
- Rein
- Vessie
- Peau (mélanome, cancer spinocellulaire)
- Peau (carcinome basocellulaire)
- Cerveau
- Leucémie

- Thyroïde
- Lymphome malin non hodgkinien
- Lymphome malin hodgkinien

Veillez préciser laquelle :

- Diverticulose
- Maladie de Crohn
- Rectocolite hémorragique
- Colite à collagène
- Colite lymphocytaire
- Autre

Veillez préciser :

Ma consultation annuelle chez un gastro-entérologue pour un suivi en rapport avec le syndrome de Lynch ?

- Oui
- Non

Ma consultation chez mon médecin généraliste en rapport avec le syndrome de Lynch ?

- Oui
- Non

Ma consultation de suivi en oncogénétique en rapport avec le syndrome de Lynch ?

- Oui
- Non

Ma consultation annuelle chez un gynécologue en rapport avec le syndrome de Lynch ?

- Oui
- Non

Un autre type de suivi ?

- Oui
- Non

Veillez préciser lequel (Nombre de caractères restants : 150)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une ablation du colon ?

- Oui

Non

On vous a retiré : (plusieurs réponses possibles)

Une partie du colon gauche

Une partie du colon droit

Une partie du colon sigmoïde

Une partie du colon rectum

L'ensemble du colon gauche

L'ensemble du colon droit

L'ensemble du colon sigmoïde

L'ensemble du colon rectum

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une chirurgie prophylactique de l'utérus en rapport avec votre syndrome de Lynch ?

Oui

Non

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une chirurgie prophylactique des ovaires en rapport avec votre syndrome de Lynch ?

Oui

Non

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous suivi un régime alimentaire particulier ?

Oui

Non

Pour quelles raisons suivez-vous ce régime alimentaire particulier ? (plusieurs réponses possibles)

J'ai eu une chirurgie bariatrique

Je suis diabétique

Je suis un régime sans sel

Je suis un programme de perte de poids

Mon médecin me l'a recommandé

Mon diététicien me l'a recommandé

Mon nutritionniste me l'a recommandé

Autre

Veillez préciser :

Avez-vous modifié votre alimentation en rapport avec votre syndrome de Lynch ?

- Oui j'ai modifié mon alimentation du fait du syndrome de Lynch
- Non je n'ai pas modifié mon alimentation du fait du syndrome de Lynch

Quel(s) changement(s) avez-vous apporté(s) à votre alimentation ?

J'ai rééquilibré mon alimentation :

- Oui
- Non

J'ai entièrement supprimé de mon alimentation certains aliments et/ou nutriments (glucides ou sucres, lipides ou graisses, protéines) :

- Oui
- Non

Précisez les aliments et/ou nutriments (glucides ou sucres, lipides ou graisses, protéines) que vous avez entièrement supprimés de votre alimentation : *(Saisissez le nom de l'aliment dans l'espace réservé et s'il correspond à l'une des propositions qui s'affichent, vous pouvez sélectionner cette proposition sinon appuyez sur la touche **↵** à la fin de votre saisie pour passer à l'aliment suivant)*

Aliment/Nutriment 1 :

Aliment/Nutriment 2 :

Aliment/Nutriment 3 :

Aliment/Nutriment 4 :

Aliment/Nutriment 5 :

J'ai diminué ma consommation de certains aliments et/ou nutriments (glucides ou sucres, lipides ou graisses, protéines) :

- Oui
- Non

Précisez les aliments et/ou nutriments (glucides ou sucres, lipides ou graisses, protéines) dont vous avez diminué la consommation : *(Saisissez le nom de l'aliment dans l'espace réservé et s'il correspond à l'une des propositions qui s'affichent, vous pouvez sélectionner cette proposition sinon appuyez sur la touche **↵** à la fin de votre saisie pour passer à l'aliment suivant)*

Aliment/Nutriment 1 :

Aliment/Nutriment 2 :

Aliment/Nutriment 3 :

Aliment/Nutriment 4 :

Aliment/Nutriment 5 :

J'ai introduit dans mon alimentation des aliments et/ou nutriments (glucides ou sucres, lipides ou graisses, protéines) que je ne consommait pas :

Oui

Non

Précisez les aliments et/ou nutriments (glucides ou sucres, lipides ou graisses, protéines) que vous avez introduits dans votre alimentation : *(Saisissez le nom de l'aliment dans l'espace réservé et s'il correspond à l'une des propositions qui s'affichent, vous pouvez sélectionner cette proposition sinon appuyez sur la touche **↵** à la fin de votre saisie pour passer à l'aliment suivant)*

Aliment/Nutriment 1 :

Aliment/Nutriment 2 :

Aliment/Nutriment 3 :

Aliment/Nutriment 4 :

Aliment/Nutriment 5 :

J'ai augmenté ma consommation de certains aliments et/ou nutriments (glucides ou sucres, lipides ou graisses, protéines) :

Oui

Non

Précisez les aliments et/ou nutriments (glucides ou sucres, lipides ou graisses, protéines) dont vous avez augmenté la consommation : *(Saisissez le nom de l'aliment dans l'espace réservé et s'il correspond à l'une des propositions qui s'affichent, vous pouvez sélectionner cette proposition sinon appuyez sur la touche **↵** à la fin de votre saisie pour passer à l'aliment suivant)*

Aliment/Nutriment 1 :

Aliment/Nutriment 2 :

Aliment/Nutriment 3 :

Aliment/Nutriment 4 :

Aliment/Nutriment 5 :

Commentaires (facultatifs)

Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)