



Cohortes participantes

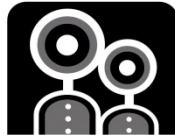


PARTNERSHIP FOR TOMORROW'S HEALTH
For the Benefit of Future Generations

Ontario Health Study
Be part of something big



Étude sur la santé en Ontario
Participez à un projet d'envergure

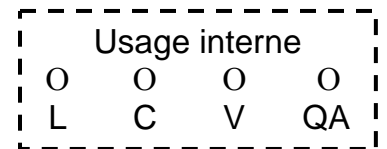
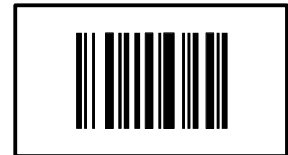


BC GENERATIONS PROJECT
Your time today builds a healthier tomorrow.



The Tomorrow Project
Albertans for a Healthier Future

Questionnaire de suivi



Instructions pour compléter ce questionnaire

Ce questionnaire prend environ 35 à 40 minutes à compléter.
Veuillez suivre les instructions avec attention. Vous serez amené à sauter certaines questions ne s'appliquant pas à vous.

- Nous apprécierons que vous complétiez ce questionnaire au complet. Cependant, si vous préférez ne pas répondre à une question, écrivez '**Refuse**' à côté.
- Utilisez un crayon à l'encre et non à mine.
- Veuillez noircir le rond au complet le rond comme ceci. ●

- Veuillez écrire les nombres comme ceci :

2	1
---	---

Si vous écrivez un nombre unique, vous pouvez choisir une seule case peu importe la case que vous choisirez.

- Si vous faites une erreur, veuillez écrire un X sur le mauvais choix comme ceci :



Avant de débiter le questionnaire, veuillez-vous assurer d'avoir en mains vos prescriptions de médicaments et un ruban à mesurer.

S'il-vous-plaît, veuillez laisser le livret agrafé. Les pages seront séparées par le centre d'étude.

Si vous n'êtes pas sûr(e) de la manière de répondre à une question, vous pouvez nous contacter:

Atlantic Path:

Study: Halifax Area 494-7284

Toll Free 1-877-285-7284

info@atlanticpath.ca

Ontario Health

1-866-606-0686

info@ontariohealthstudy.ca

BC Generations Project:

Lower Mainland 604-675-8221

Toll Free 1-877-675-8221

bcgenerationsproject@bccrc.ca

The Tomorrow Project:

Toll Free 1-877-919-9292

tomorrow@albertahealthservices.ca

CARTaGENE:

1-866-366-4249

info@cartagene.qc.ca



DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

DE01 Quel est votre date de naissance?

--	--

^{JJ}

--	--

^{MM}

--	--	--	--

^{YYYY}

DE02 Quel était votre sexe à la naissance? Masculin Féminin

DE03 Code postal :
Votre code postal ne sera pas fourni aux chercheurs, mais pourrait être utilisé pour définir les caractéristiques de l'environnement dans lequel vous vivez. Vous pouvez choisir de nous fournir uniquement les 3 premiers caractères de votre code postal, ou encore de laisser cet espace vide, si vous ne désirez pas nous transmettre cette information.

X0X0X0

DE04 Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à habiter à cet endroit?

- ans
- Préfère ne pas répondre
 Ne sait pas

CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES

FA01 Quel est votre statut matrimonial actuel? Veuillez choisir **LE** statut qui décrit le mieux votre situation actuelle.

- Marié(e) et/ou vivant avec un(e) partenaire et/ou un conjoint de fait
- Divorcé(e)
- Veuf-veuve
- Séparé(e)
- Célibataire, jamais marié(e)



ÉTAT DE SANTÉ

- HS01 Comment qualifieriez-vous votre santé en général??
- Excellente
 - Très bonne
 - Bonne
 - Passable
 - Mauvaise
- HS02 Quand avez-vous eu votre dernier examen médical de routine effectué par un médecin ou une infirmière? Un examen médical de routine est un examen physique qui comprend habituellement au moins une mesure de la pression sanguine et la mesure du poids et de la taille.
- Moins de 6 mois
 - 6 mois à moins d'un an
 - 1 an à moins de 2 ans
 - 2 ans à moins de 3 ans
 - Plus de 3 ans
 - Jamais
 - Ne sais pas
- HS03 Quand avez-vous eu votre dernière visite chez un professionnel des soins dentaires, comme un dentiste ou un hygiéniste dentaire?
- Moins de 6 mois
 - 6 mois à moins d'un an
 - 1 an à moins de 2 ans
 - 2 ans à moins de 3 ans
 - Plus de 3 ans
 - Jamais
 - Ne sais pas
- HS04 Quand avez-vous eu un test de recherche du sang occulte fécal (TSOF) ou un test immunochimique fécal (TIF) pour la dernière fois? Ces tests servent à dépister le cancer du côlon en vérifiant la présence de sang caché dans les selles et sont prélevés à la maison lorsque vous allez à la selle. Le TSOF consiste à prélever, au moyen d'un bâtonnet ou d'une petite brosse, un petit échantillon de selles sur une carte spéciale afin de vérifier s'il contient du sang. L'échantillon est habituellement prélevé à la maison, deux ou trois jours de suite. Le TIF utilise le bâton attaché au bouchon du contenant pour collecter un petit échantillon de selle et le placer dans le contenant.
- Moins de 6 mois
 - 6 mois à moins d'un an
 - 1 an à moins de 2 ans
 - 2 ans à moins de 3 ans
 - Plus de 3 ans
 - Jamais
 - Ne sais pas



HS06 Quand avez-vous eu une colonoscopie pour la dernière fois? Une coloscopie est un examen qui consiste à insérer un long tube dans le côlon pour l'examiner sur toute sa longueur. Un sédatif est généralement administré avant l'intervention.

- Moins de 6 mois
- 6 mois à moins d'un an
- 1 an à moins de 2 ans
- 2 ans à moins de 3 ans
- Plus de 3 ans
- Jamais
- Ne sais pas

HS07 Quand avez-vous eu une sigmoïdoscopie pour la dernière fois? Une sigmoïdoscopie est un examen qui consiste à insérer un tube souple dans le rectum et la partie inférieure du gros intestin pour rechercher les signes d'un cancer ou d'autres problèmes. L'intervention ne requiert généralement **pas** l'administration d'un sédatif.

- Moins de 6 mois
- 6 mois à moins d'un an
- 1 an à moins de 2 ans
- 2 ans à moins de 3 ans
- Plus de 3 ans
- Jamais
- Ne sais pas

HS08 Vous a-t-on déjà enlevé un polype au côlon?
Un polype est une croissance anormale des tissus.

- Oui
- Non
- Ne sais pas



HS08 Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par l'un des problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Se sentir nerveux(se), anxieux(se) ou crispé(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ne pas être capable d'arrêter de s'inquiéter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Se faire trop de soucis à propos de différentes choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Avoir de la difficulté à se détendre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Être si agité(e) qu'il est difficile de rester assis(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Être facilement incommodé(e) ou irritable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Être angoissé(e) comme si quelque chose de terrible allait arriver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez coché au moins un des problèmes, dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

- Pas du tout difficile(s)
 Plutôt difficile(s)
 Très difficile(s)
 Extrêmement difficile(s)



HS09 Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par l'un des problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Peu d'appétit ou excès d'appétit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer — ou au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez coché au moins un des problèmes, dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout difficile(s) Plutôt difficile(s) Très difficile(s) Extrêmement difficile(s)



SI VOUS ÊTES UNE FEMME, PASSEZ À LA SECTION SANTÉ DES FEMMES -
WH01(PAGE SUIVANTE)

SANTÉ DES HOMMES

MH01 Quand avez-vous eu un test sanguin de l'APS pour la dernière fois? Un test APS est un test sanguin spécifique prescrit par un médecin pour dépister le cancer de la prostate.

- Moins de 6 mois
- 6 mois à moins d'un an
- 1 an à moins de 2 ans
- 2 ans à moins de 3 ans
- Plus de 3 ans
- Jamais
- Ne sais pas

MH02 De combien d'enfants êtes-vous le père, incluant les naissances vivantes seulement?

Enfants

Ne sais pas



SI VOUS ÊTES UN HOMME, PASSEZ À LA SECTION ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS - PM01(PAGE13)

SANTÉ DES FEMMES

WH01 Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs hormonaux pour une raison quelconque? Les contraceptifs hormonaux comprennent les pilules contraceptives, les implants, les timbres, les injections et les anneaux contraceptifs ou les dispositifs intra-utérins qui libèrent des hormones féminines.

Oui

Non

Ne sais pas

—————→ PASSEZ À WH04 (CETTE PAGE)

WH02 À quel âge avez-vous commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux?

Âge début d'utilisation des contraceptifs hormonaux

Ne sais pas

WH03 Au total, depuis combien d'années ou de mois avez-vous utilisé ou utilisez-vous des contraceptifs hormonaux? Additionnez toutes les années ou tous les mois pendant lesquels vous avez utilisé des contraceptifs, même si vous avez arrêté et recommencé à plusieurs reprises.

Années

OU

Mois

Ne sais pas

WH04 Combien de fois avez-vous été enceinte, y compris les naissances vivantes, les mortinaissances, les fausses couches et les avortements thérapeutiques?

Nombre de grossesses

N'ai jamais été enceinte

Ne sais pas

—————→ PASSEZ À WH08 (PAGE SUIVANTE)



WH05 Êtes-vous enceinte actuellement?

- Oui → À quelle semaine de grossesse êtes-vous? Semaines
- Non
- Ne sais pas

Si OUI et il s'agit de votre première grossesse, PASSEZ À WH08 (CETTE PAGE)

WH06 À combien d'enfants avez-vous donné naissance, considérant les naissances vivantes uniquement?

Naissances vivantes

- Ne sais pas

WH07 Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été enceinte pour la dernière fois?

Âge à la dernière grossesse

- Ne sais pas

WH08 Avez-vous eu votre ménopause, c'est-à-dire que vos menstruations ont cessé depuis au moins un an et n'ont **pas** recommencé?

- Oui, ménopause naturelle
- Oui, autres raisons (hystérectomie, chirurgie, chimiothérapie, médicaments)
- Non →
- Ne sais pas →

PASSEZ À WH10 (PAGE SUIVANTE)



WH09 À quel âge vos menstruations ont-elles cessé pendant au moins un an sans qu'elles ne réapparaissent?

Âge à la ménopause

Ne sais pas

WH10 Avez-vous déjà eu recours à une hormonothérapie de substitution (THS) pour une raison quelconque?
L'hormonothérapie de substitution comprend la progestérone et/ou l'œstrogène. Cela inclut toutes les formes de timbres, anneaux, crèmes et autres formes topiques prescrits par un médecin. Cela exclut le traitement hormonal thyroïdien et les contraceptifs hormonaux ainsi que les traitements « naturels » en vente libre. N'incluez pas les traitements hormonaux pour la fertilité.

Oui

Non

Ne sais pas

—————→

WH11 Quel type d'hormonothérapie de substitution avez-vous utilisé le plus?

- Œstrogène et progestérone
- Œstrogène (e.g. Premarin, Estrace)
- Progestérone (e.g. Prometrium, Provera)
- Gel d'œstrogène ou crème appliqué sur la peau (e.g. Estraderm, Estrogel)
- Dispositif intra-utérin avec progestérone
- Ne sais pas

WH12 À quel âge avez-vous commencé à utiliser une hormonothérapie de substitution?

Âge début de l'hormonothérapie de substitution

Ne sais pas

WH13 Au **total**, depuis combien d'années ou de mois avez-vous utilisé ou utilisez-vous une hormonothérapie de substitution?
Additionnez toutes les années ou tous les mois pendant lesquels vous avez utilisé une hormonothérapie de substitution, même si vous avez arrêté et recommencé à l'utiliser plusieurs fois.

Années **OU** Mois

Ne sais pas



WH14 Avez-vous subi une hystérectomie (une opération qui consiste à enlever l'utérus)?

Oui

Non

Ne sais pas

→ PASSEZ À WH16 (CETTE PAGE)

WH15 À quel âge avez-vous subi votre hystérectomie?

Âge à l'hystérectomie

Ne sais pas

WH16 Avez-vous subi une opération pour enlever vos ovaires?

Oui

Non

Ne sais pas

→ PASSEZ À WH20 (CETTE PAGE)

WH17 Vous a-t-on enlevé un seul ovaire ou les deux?

Un

Les deux

Ne sais pas

→ PASSEZ À WH19 (CETTE PAGE)

WH18 Vos deux ovaires ont-ils été enlevés en même temps?

Oui

Non

Ne sais pas

WH19 À quel âge avez-vous subi l'intervention chirurgicale visant à vous enlever un ou des ovaires? Si vous avez eu deux interventions séparées pour enlever vos ovaires, veuillez indiquer l'âge à la **dernière** chirurgie.

Âge à la dernière oophorectomie

Ne sais pas

WH20 Quand avez-vous eu une mammographie pour la dernière fois?

Une mammographie est un examen de dépistage du cancer du sein qui consiste à exposer les seins à une faible dose de rayons X dans un appareil qui presse et aplatit le sein.

Moins de 6 mois

6 mois à moins d'un an

1 an à moins de 2 ans

2 ans à moins de 3 ans

Plus de 3 ans

Jamais

Ne sais pas



WH21

Quand avez-vous eu un test de Pap ou frottis cervical pour la dernière fois? Un test PAP (parfois appelé frottis cervical) est un test réalisé par un médecin ou une infirmière qui consiste à prélever un échantillon de cellules au niveau du col de l'utérus.

- Moins de 6 mois
- 6 mois à moins d'un an
- 1 an à moins de 2 ans
- 2 ans à moins de 3 ans
- Plus de 3 ans
- Jamais
- Ne sais pas



ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS

PM01 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des conditions suivantes ?
Si oui, s'il vous plaît fournir votre **âge** au moment du premier diagnostic et indiquer si vous êtes actuellement sous traitement médical.

Condition	Diagnostiqué	Âge au premier diagnostic	Êtes-vous actuellement traité?
Pression sanguine élevée (hypertension, n'incluant pas durant la grossesse)	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) d'accident vasculaire cérébral s'agissait-il? <input type="checkbox"/> Thrombotique-----> <input type="checkbox"/> Hémorragique-----> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Conditions cardiovasculaires ou circulatoires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de condition s'agissait-t-il? <input type="checkbox"/> Fibrillation atriale-----> <input type="checkbox"/> Angine -----> <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque valvulaire (e.g. sténose aortique, prolapsus de la valve mitrale) -----> <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque----> <input type="checkbox"/> Arthérosclérose/maladie cardiaque coronarienne (incluant angioplastie ou stents) -----> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas



Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Migraines	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Épilepsie ou crises épileptiques	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de MPOC s'agissait-il? <input type="checkbox"/> Bronchite chronique-----> <input type="checkbox"/> Emphysème -----> <input type="checkbox"/> Autre (Veuillez spécifier)-> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de diabète s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel seulement -----> <input type="checkbox"/> Diabète de type 1-----> <input type="checkbox"/> Diabète de type 2-----> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		



	<p>Si oui, de quel(s) type(s) de maladie thyroïdienne s'agissait-il ?</p> <p><input type="checkbox"/>Hypothyroïdie -----></p> <p><input type="checkbox"/>Hyperthyroïdie-----></p> <p><input type="checkbox"/>Autre (veuillez spécifier)-></p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui <input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/>Oui <input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/>Oui <input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Maladie de Crohn	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Colite ulcéreuse	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Syndrome du colon irritable	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Yes</p> <p><input type="checkbox"/>No</p> <p><input type="checkbox"/>Don't know</p>
Ulcères d'estomac	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Reflux acide persistant (RGO)	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Cirrhose du foie	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Hépatite chronique	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Stéatose hépatique (foie gras) (NAFLD/ NASH)	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Pancréatite	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Calculs biliaires	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Cholécystite	<p><input type="checkbox"/>Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p>
Maladies rénales/insuffisance rénale	<p><input type="checkbox"/>Oui</p> <p><input type="checkbox"/>Non</p> <p><input type="checkbox"/>Ne sais pas</p> <p>Si oui, de quel(s) type(s) de maladie rénale ou insuffisance rénale s'agissait-t-il?</p> <p><input type="checkbox"/> Affaiblissement de la</p>		



	fonction rénale -----> <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale aiguë -> <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique-----> <input type="checkbox"/> Calculs rénaux (pierres)---> <input type="checkbox"/> Pyélonéphrite (infection des reins) -----> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Conditions en santé mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de condition en santé mentale s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> Dépression majeure -----> <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire -----> <input type="checkbox"/> Dépression mineure-----> <input type="checkbox"/> Stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Schizophrénie ou trouble schizoaffectif-----> <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif -----> <input type="checkbox"/> Trouble anxieux -----> <input type="checkbox"/> Trouble alimentaire -----> <input type="checkbox"/> Problème de dépendance (e.g. alcool, drogues ou dépendance aux jeux) -----> <input type="checkbox"/> Autre condition en santé mentale-----> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Arthrite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas		



	<p>Si oui, de quel(s) type(s) d'arthrite s'agissait-il ?</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde -----></p> <p><input type="checkbox"/> Ostéoarthrite -----></p> <p><input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Lupus	<p><input type="checkbox"/> Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Fibromyalgie	<p><input type="checkbox"/> Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Syndrome de fatigue chronique	<p><input type="checkbox"/> Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Eczéma	<p><input type="checkbox"/> Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Psoriasis	<p><input type="checkbox"/> Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH)	<p><input type="checkbox"/> Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Verrues génitales (infection VPH)	<p><input type="checkbox"/> Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Herpès génital	<p><input type="checkbox"/> Oui -----></p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
Maladies des yeux ou de la vision	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, de quel(s) type(s) de maladie des yeux ou de la vision s'agissait-t-il?</p> <p><input type="checkbox"/> Dégénération maculaire---></p> <p><input type="checkbox"/> Glaucome -----></p> <p><input type="checkbox"/> Cataractes -----></p> <p><input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>



Maladies auditives	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de maladie auditive s'agissait-il? <input type="checkbox"/> Acouphène (son dans les oreilles ou tête)-----> <input type="checkbox"/> Perte auditive -----> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) -> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Condition	Diagnostiqué	Âge au premier diagnostic	Êtes-vous actuellement traité?
Pression sanguine élevée (hypertension, n'incluant pas durant la grossesse)	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Cholestérol élevé	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) d'accident vasculaire cérébral s'agissait-il? <input type="checkbox"/> Thrombotique-----> <input type="checkbox"/> Hémorragique-----> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas



<p>Conditions cardiovasculaires ou circulatoires</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, de quel(s) type(s) de condition s'agissait-il? <input type="checkbox"/> Fibrillation atriale-----></p> <p><input type="checkbox"/> Angine -----> <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque valvulaire (e.g. sténose aortique, prolapsus de la valve mitrale) -----></p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque----> <input type="checkbox"/> Athérosclérose/maladie cardiaque coronarienne (incluant angioplastie ou stents) -----></p> <p><input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Sclérose en plaques</p> <p><input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Migraines</p> <p><input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Épilepsie ou crises épileptiques</p> <p><input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Maladie de Parkinson</p> <p><input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Maladie d'Alzheimer</p> <p><input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Asthme</p> <p><input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, de quel(s) type(s) de MPOC s'agissait-il? <input type="checkbox"/> Bronchite chronique-----></p> <p><input type="checkbox"/> Emphysème -----></p> <p><input type="checkbox"/> Autre (Veuillez spécifier)-> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>



Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de diabète s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> Diabète gestationnel seulement -----> <input type="checkbox"/> Diabète de type 1-----> <input type="checkbox"/> Diabète de type 2-----> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de maladie thyroïdienne s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie -----> <input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie-----> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) -> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Syndrome du colon irritable	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Ulcères d'estomac	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Reflux acide persistant (RGO)	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Cirrhose du foie	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Hépatite chronique	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas



Stéatose hépatique (foie gras) (NAFLD/ NASH)	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Pancréatite	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Calculs biliaires	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Cholécystite	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Maladies rénales/insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de maladie rénale ou insuffisance rénale s'agissait-t-il? <input type="checkbox"/> Affaiblissement de la fonction rénale -----> <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale aiguë -> <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique-----> <input type="checkbox"/> Calculs rénaux (pierres)---> <input type="checkbox"/> Pyélonéphrite (infection des reins) -----> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Conditions en santé mentale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) de condition en santé mentale s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> Dépression majeure -----> <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire -----> <input type="checkbox"/> Dépression mineure-----> <input type="checkbox"/> Stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Schizophrénie ou trouble schizoaffectif-----> <input type="checkbox"/> Trouble obsessionnel compulsif -----> <input type="checkbox"/> Trouble anxieux ----->	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas



	<input type="checkbox"/> Trouble alimentaire -----> <input type="checkbox"/> Problème de dépendance (e.g. alcool, drogues ou dépendance aux jeux) -----> <input type="checkbox"/> Autre condition en santé mentale-----> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Ostéoporose	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Arthrite	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Si oui, de quel(s) type(s) d'arthrite s'agissait-il ? <input type="checkbox"/> Arthrite rhumatoïde -----> <input type="checkbox"/> Ostéoarthrite -----> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Lupus	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Eczéma	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Psoriasis	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH)	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Verrues génitales (infection VPH)	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas
Herpès génital	<input type="checkbox"/> Oui -----> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas



<p>Maladies des yeux ou de la vision</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, de quel(s) type(s) de maladie des yeux ou de la vision s'agissait-t-il? <input type="checkbox"/> dégénérescence maculaire ---> <input type="checkbox"/> Glaucome -----> <input type="checkbox"/> Cataractes -----> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<p>Maladies auditives</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p> <p>Si oui, de quel(s) type(s) de maladie auditive s'agissait-t-il? <input type="checkbox"/> Acouphène (son dans les oreilles ou tête)-----> <input type="checkbox"/> Perte auditive -----> <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier)-> _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>



PM02 Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) d'un cancer ou d'une tumeur maligne?

Oui

Non

Ne sais pas

PASSEZ À PM04 (PAGE 19)

PM03 De quel **type** de cancer s'agissait-il et quel **âge** aviez-vous lorsqu'il a été diagnostiqué pour la première fois? Sélectionner un seul cancer.

Premier type de cancer

Type de cancer	Âge au premier diagnostic	Traitement	Type de traitement
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Vessie <input type="radio"/> Cerveau <input type="radio"/> Sein <input type="radio"/> Col de l'utérus <input type="radio"/> Côlon <input type="radio"/> Oesophage <input type="radio"/> Rein <input type="radio"/> Larynx <input type="radio"/> Leucémie <input type="radio"/> Foie <input type="radio"/> Poumons et bronches <input type="radio"/> Lymphome (lymphome de Hodgkin) <input type="radio"/> Lymphome (lymphome non-hodgkinien, autre) <input type="radio"/> Bouche, langue et gorge <input type="radio"/> Myélome multiple <input type="radio"/> Ovaire <input type="radio"/> Pancreas <input type="radio"/> Prostate <input type="radio"/> Rectum <input type="radio"/> Peau (Mélanome) <input type="radio"/> Peau (Non-Mélanome) <input type="radio"/> Intestin grêle <input type="radio"/> Estomac <input type="radio"/> Testicule <input type="radio"/> Thyroïde <input type="radio"/> Utérus <input type="radio"/> Autre spécifiez: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas 	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> </div> <p>Âge au premier diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas 	<p>Avez-vous reçu un traitement pour ce cancer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui → <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas 	<p>De quel type de traitement s'agissait-il?</p> <p>(Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Chimiothérapie <input type="radio"/> Radiation <input type="radio"/> Chirurgie <input type="radio"/> Thérapie au laser <input type="radio"/> Thérapie de cellules souches <input type="radio"/> Autre spécifiez: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas



Deuxième type de cancer

De quel type de cancer s'agissait-il et quel âge aviez-vous lorsqu'il a été diagnostiqué pour la première fois? Sélectionner un seul cancer.

Type de cancer	Âge au premier diagnostic	Traitement	Type de traitement
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Vessie <input type="radio"/> Cerveau <input type="radio"/> Sein <input type="radio"/> Col de l'utérus <input type="radio"/> Côlon <input type="radio"/> Oesophage <input type="radio"/> Rein <input type="radio"/> Larynx <input type="radio"/> Leucémie <input type="radio"/> Foie <input type="radio"/> Poumons et bronches <input type="radio"/> Lymphome (lymphome de Hodgkin) <input type="radio"/> Lymphome (lymphome non-hodgkinien, autre) <input type="radio"/> Bouche, langue et gorge <input type="radio"/> Myélome multiple <input type="radio"/> Ovaire <input type="radio"/> Pancreas <input type="radio"/> Prostate <input type="radio"/> Rectum <input type="radio"/> Peau (Mélanome) <input type="radio"/> Peau (Non-Mélanome) <input type="radio"/> Intestin grêle <input type="radio"/> Estomac <input type="radio"/> Testicule <input type="radio"/> Thyroïde <input type="radio"/> Utérus <input type="radio"/> Autre spécifiez: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div> <p>Âge au premier diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas </div> </div>	<p>Avez-vous reçu un traitement pour ce cancer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui → <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas 	<p>De quel type de traitement s'agissait-il?</p> <p>(Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Chimiothérapie <input type="radio"/> Radiation <input type="radio"/> Chirurgie <input type="radio"/> Thérapie au laser <input type="radio"/> Thérapie de cellules souches <input type="radio"/> Autre spécifiez: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas 			



Troisième type de cancer

De quel type de cancer s'agissait-il et quel âge aviez-vous lorsqu'il a été diagnostiqué pour la première fois?
Sélectionner un seul cancer.

Type de cancer	Âge au premier diagnostic	Traitement	Type de traitement
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Vessie <input type="radio"/> Cerveau <input type="radio"/> Sein <input type="radio"/> Col de l'utérus <input type="radio"/> Côlon <input type="radio"/> Oesophage <input type="radio"/> Rein <input type="radio"/> Larynx <input type="radio"/> Leucémie <input type="radio"/> Foie <input type="radio"/> Poumons et bronches <input type="radio"/> Lymphome (lymphome de Hodgkin) <input type="radio"/> Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre) <input type="radio"/> Bouche, langue et gorge <input type="radio"/> Myélome multiple <input type="radio"/> Ovaire <input type="radio"/> Pancréas <input type="radio"/> Prostate <input type="radio"/> Rectum <input type="radio"/> Peau (Mélanome) <input type="radio"/> Peau (Non-Mélanome) <input type="radio"/> Intestin grêle <input type="radio"/> Estomac <input type="radio"/> Testicule <input type="radio"/> Thyroïde <input type="radio"/> Utérus <input type="radio"/> Autre spécifiez: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas 	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div> <p>Âge au premier diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas </div> </div>	<p>Avez-vous reçu un traitement pour ce cancer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui → <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas 	<p>De quel type de traitement s'agissait-il?</p> <p>(Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Chimiothérapie <input type="radio"/> Radiation <input type="radio"/> Chirurgie <input type="radio"/> Thérapie au laser <input type="radio"/> Thérapie de cellules souches <input type="radio"/> Autre spécifiez: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 15px; margin-top: 5px;"></div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ne sais pas



PM04 Êtes-vous atteint(e) ou avez-vous déjà été atteint(e) d'autres maladies chroniques?

Oui

Non

Ne sais pas



PASSEZ À MÉDICAMENTS PRESCRITS – ME01 (PAGE SUIVANTE)

Veillez énumérer ces affections de longue durée.

Maladie chronique 1:

Maladie chronique 2:

Maladie chronique 3:



MÉDICAMENTS PRESCRITS

ME01 Prenez-vous actuellement un ou plusieurs médicaments prescrits par un médecin et remis par un pharmacien? Les médicaments d'ordonnance peuvent comprendre des médicaments comme l'insuline, les timbres de nicotine, les méthodes de contraception (pilules, timbres ou injections) et les autres thérapies hormonales.

Vous pouvez entrer jusqu'à 10 prescriptions différentes.

Oui

Non

Ne sais pas

→ PASSEZ À ME02
(PAGE SUIVANTE)



Pour **chaque** médicament prescrit que vous prenez actuellement, veuillez indiquer le nom du médicament et le numéro d'identification du médicament (code DIN).

Si vous avez accès aux bouteilles et contenants, indiquez le nom du médicament et le code DIN à partir de l'étiquette. Le code DIN est un numéro à 8 chiffres qui devrait être imprimé sur l'étiquette que le pharmacien appose sur le contenant. Il ne s'agit PAS du numéro de l'ordonnance.

Médicament	Nom du médicament	Numéro d'identification (code DIN)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		



ME02 Prenez-vous **régulièrement** de l'**aspirine** ou des **anti-douleurs 4 fois par mois ou plus?** (Incluant l'aspirine pour la prévention de maladie)

Oui

Non

Ne sais pas

—————→ PASSEZ À ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX – FM01
 (PAGE SUIVANTE)

Si Oui, veuillez indiquer tout ce qui s'applique ci-dessous.	Nombre moyen de	
	Jours par mois	Pilules par jour (durant les jours utilisés)
Aspirine à faible dose ou aspirine "bébé" (comprimé de 81 mg)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Aspirine régulière ou extra forte (inclure Excedrin et autres poudres avec de l'aspirine)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Ibuprofène (tels que Motrin, Advil, Nuprin)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Acétaminophène (tel que Tylenol)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Naproxène (tels que Naprosyn, Aleve)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Autres AINS ou d'anti-douleurs (tels que Celebrex, méloxicam, diclofénac, nabumétone, indométhacine, sundac ou piroxicam. Ne pas inclure les narcotiques ou Lyrica).	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>



ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX

Pour vos antécédents médicaux familiaux, veuillez inclure **UNIQUEMENT** les membres immédiats de votre **famille biologique**, c'est-à-dire votre mère, votre père, vos enfants, vos frères et soeurs et vos demi-frères et soeurs. N'incluez pas les parents par mariage, les frères et soeurs par alliance, les parents d'adoption, les enfants de votre conjoint(e) ou les enfants adoptés.

FM01 Est-ce qu'un membre de votre **famille biologique immédiate** a déjà été diagnostiqué par un médecin comme ayant une des conditions suivantes?

		Condition de santé		
Mère	Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Diabète	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Maladie pulmonaire obstructive chronique	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Pression sanguine élevée	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Asthme	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Dépression majeure	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Cirrhose du foie	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Hépatite chronique	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Maladie de Crohn	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Colite ulcéreuse	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Syndrome du côlon irritable	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Eczéma	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Lupus	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Psoriasis	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Sclérose en plaques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Ostéoporose	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
	Arthrite	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas
Autre, veuillez spécifier _____	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Ne sais pas	



	Condition de santé		
Père	Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Diabète	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Maladie pulmonaire obstructive chronique	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Pression sanguine élevée	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Asthme	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Dépression majeure	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Cirrhose du foie	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Hépatite chronique	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Maladie de Crohn	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Colite ulcéreuse	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Syndrome du côlon irritable	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Eczéma	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Lupus	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Psoriasis	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Sclérose en plaques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Ostéoporose	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
	Arthrite	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas
Autre, veuillez spécifier _____	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	



Frère(s)/ Soeur(s) <input type="radio"/> Je n'ai pas de frère ou soeur	Crise cardiaque (infarctus du myocarde) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Accident vasculaire cérébral (AVC) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Diabète <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Maladie pulmonaire obstructive chronique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Pression sanguine élevée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Asthme <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Dépression majeure <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Cirrhose du foie <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Hépatite chronique <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Maladie de Crohn <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Colite ulcéreuse <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Syndrome du côlon irritable <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Eczéma <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Lupus <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Psoriasis <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Sclérose en plaques <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Ostéoporose <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
	Arthritisme <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>
Autre, veuillez spécifier _____ <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas	Si oui, # de frère(s)/soeur(s)	<input type="text"/>	



<p>Enfant(s)</p> <p><input type="radio"/> Je n'ai pas d'enfant</p>	<p>Crise cardiaque (infarctus du myocarde)</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<p>Accident vasculaire cérébral (AVC)</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<p>Diabète</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<p>Maladie pulmonaire obstructive chronique</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<p>Pression sanguine élevée</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<p>Asthme</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<p>Dépression majeure</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<p>Cirrhose du foie</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
	<p>Hépatite chronique</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		
<p>Maladie de Crohn</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Colite ulcéreuse</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Syndrome du côlon irritable</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Eczéma</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Lupus</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Psoriasis</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Sclérose en plaques</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Ostéoporose</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Arthrite</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
<p>Autre, veuillez spécifier</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Ne sais pas</p>	<p>Si oui, # d'enfant(s)</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			



FM02

Est-ce que l'un des membres de votre **famille biologique immédiate**, incluant votre mère, votre père, vos enfants, vos frères et soeurs et vos demi-frères et soeurs ont déjà reçu un diagnostic de cancer?

Oui

Non

Ne sais pas

→

FM03

Votre mère **biologique** a-t-elle déjà reçu un diagnostic de cancer?

Oui

Non

Ne sais pas

→

FM04

Pour lesquels des **types** de cancer suivants votre mère a-t-elle été diagnostiquée? Sélectionnez **TOUTES** les réponses qui s'appliquent.

Vessie

Cerveau

Sein

Col de l'utérus

Côlon

Oesophage

Rein

Larynx

Leucémie

Foie

Poumons et bronches

Lymphome

(lymphome de Hodgkin)

Lymphome

(lymphome non-Hodgkinien, autre)

Bouche, langue et gorge

Myélome multiple

Ovaire

Pancréas

Rectum

Peau (Mélanome)

Peau (Non-Mélanome)

Intestin grêle

Estomac

Thyroïde

Utérus

Autre, spécifiez:

Ne sais pas

FM05

Votre père **biologique** a-t-il déjà reçu un diagnostic de cancer?

Oui

Non

Ne sais pas

→



FM06

Pour lesquels des **types** de cancer suivants votre père a-t-il été diagnostiqué?
Sélectionnez **TOUTES** les réponses qui s'appliquent.

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Vessie | <input type="radio"/> Bouche, langue et gorge |
| <input type="radio"/> Cerveau | <input type="radio"/> Myélome multiple |
| <input type="radio"/> Sein | <input type="radio"/> Prostate |
| <input type="radio"/> Côlon | <input type="radio"/> Pancréas |
| <input type="radio"/> Oesophage | <input type="radio"/> Rectum |
| <input type="radio"/> Rein | <input type="radio"/> Peau (Mélanome) |
| <input type="radio"/> Larynx | <input type="radio"/> Peau (Non-mélanome) |
| <input type="radio"/> Leucémie | <input type="radio"/> Intestin grêle |
| <input type="radio"/> Foie | <input type="radio"/> Estomac |
| <input type="radio"/> Poumons et bronches | <input type="radio"/> Testicule |
| <input type="radio"/> Lymphome | <input type="radio"/> Thyroïde |
| (Lymphome de Hodgkin) | <input type="radio"/> Autre, spécifiez: <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> Lymphome | <input type="radio"/> Ne sais pas |
| (Lymphome non-Hodgkinien, autre) | |



FM07

Certains de vos frères et soeurs **biologiques** ont-ils déjà reçu un diagnostic de cancer?

Oui



Si oui, combien de frère(s)/soeur(s)

--	--

Ne sais pas

Non

Je n'ai pas de frère ou soeur

Ne sais pas

FM08

Certains de vos enfants **biologiques** ont-ils déjà reçu un diagnostic de cancer?

Oui



Si oui, combien d'enfant(s)

--	--

Ne sais pas

Non

Je n'ai pas d'enfant

Ne sais pas

SI "NON" POUR FM07 ET FM08 **OU**
SI "JE N'AI PAS DE FRÈRE/SOEUR OU D'ENFANT" **OU**
SI,"NE SAIS PAS" POUR FM07 ET FM08

PASSEZ À SOMMEIL -SP01(PAGE 30)



FM09 Pour vos frères et soeurs et enfants **biologiques**, veuillez indiquer combien de frères et soeurs et d'enfants ont été diagnostiqués avec les types de cancer énumérés ci-dessous. Laissez la case vide si aucun de vos frères et soeurs ou enfants ont été diagnostiqués avec le type de cancer en particulier.

Type de cancer	Nombre de frère(s)/soeur(s) diagnostiqués	Nombre d'enfant(s) diagnostiqués
Vessie	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Cerveau	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Sein	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Col de l'utérus	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Côlon	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Oesophage	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Rein	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Larynx	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Leucémie	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Foie	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Poumons et bronches	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Lymphome (lymphome de Hodgkin)	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Bouche, langue et gorge	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Myélome multiple	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Ovaire	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Pancréas	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Prostate	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Rectum	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Peau (Mélanome)	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Peau (Non-mélanome)	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Intestin grêle	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Estomac	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Testicule	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Thyroïde	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Utérus	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)
Autre	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s) Spécifiez le type de cancer: _____ _____	_ _ Nombre d'enfant(s) Spécifiez le type de cancer : _____ _____
Ne sais pas	_ _ Nombre de frère(s)/soeur(s)	_ _ Nombre d'enfant(s)



FM10 Veuillez indiquer, s'il y a lieu, quels membres de votre **famille biologique du second degré**, incluant vos oncles, tantes et grands-parents ont déjà reçu un diagnostic de cancer.

Note: *N'incluez pas les parents par mariage*

- Grand-père maternel
- Grand-mère maternelle
- Grand-père paternel
- Grand-mère paternelle
- Oncle maternel
- Tante maternelle
- Oncle paternel
- Tante paternelle
- Aucun
- Ne sais pas

Allez à la section SOMMEIL – SP01
Autres choix, montrer seulement les items sélectionnés pour FM11 à FM18

FM11 Pour lesquels des types de cancer suivants votre **grand-père du côté de votre mère (maternel)** a-t-il été diagnostiqué?

Note: *Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent.*

Type de cancer	Grand-père maternel		
Vessie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Cerveau	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Sein	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Côlon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Oesophage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Rein	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Larynx	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Leucémie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Foie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Poumons et bronches	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Lymphome (lymphome de Hodgkin)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Bouche, langue et gorge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Myélome multiple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Pancréas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Prostate	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Rectum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Peau (Mélanome)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Peau (Non-mélanome)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Intestin grêle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Estomac	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Testicule	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Thyroïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Autre _____	Spécifiez le type de cancer		



FM12 Pour lesquels des types de cancer suivants votre **grand-mère du côté de votre mère (maternelle)** a-t-elle été diagnostiquée?

Note: Sélectionnez *TOUTES* les réponses qui s'appliquent

Type de cancer	Grand-mère maternelle		
Vessie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Cerveau	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Sein	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Col de l'utérus	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Côlon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Oesophage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Rein	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Larynx	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Leucémie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Foie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Poumons et bronches	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Lymphome (lymphome de Hodgkin)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Bouche, langue et gorge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Myélome multiple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Ovaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Pancréas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Rectum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Peau (Mélanome)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Peau (Non-mélanome)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Intestin grêle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Estomac	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Thyroïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Utérus	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Autre _____	Spécifiez le type de cancer		

FM13 Pour lesquels des types de cancer suivants votre **grand-père du côté de votre père (paternel)** a-t-il été diagnostiqué?

Note: Sélectionnez *TOUTES* les réponses qui s'appliquent.

Type de cancer	Grand-père paternel		
Vessie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Cerveau	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Sein	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Côlon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Oesophage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Rein	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Larynx	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Leucémie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Foie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Poumons et bronches	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas



Lymphome (lymphome de Hodgkin)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Bouche, langue et gorge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Myélome multiple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Pancréas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Prostate	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Rectum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Peau (Mélanome)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Peau (Non-mélanome)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Intestin grêle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Estomac	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Testicule	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Thyroïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Autre _____	Spécifiez le type de cancer		

FM14 Pour lesquels des types de cancer suivants votre **grand-mère du côté de votre père (paternel)** a-t-elle été diagnostiquée?

Note: Sélectionnez *TOUTES* les réponses qui s'appliquent

Type de cancer	Grand-mère paternelle		
Vessie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Cerveau	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Sein	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Col de l'utérus	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Côlon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Oesophage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Rein	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Larynx	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Leucémie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Foie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Poumons et bronches	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Lymphome (lymphome de Hodgkin)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Bouche, langue et gorge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Myélome multiple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Ovaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Pancréas	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Rectum	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Peau (Mélanome)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Peau (Non-mélanome)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Intestin grêle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Estomac	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Thyroïde	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Utérus	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sais pas
Autre _____	Spécifiez le type de cancer		



FM15 Pour vos **oncles du côté de votre mère (oncles maternels)**, veuillez indiquer combien ont été diagnostiqués avec les types de cancer énumérés ci-dessous. Laissez la case vide si aucun de vos **oncles maternels** ont été diagnostiqués avec le type de cancer en particulier.

Cancer type	Nombre d'oncles maternels diagnostiqués
Vessie	_ _ Nombre d'oncles maternels
Cerveau	_ _ Nombre d'oncles maternels
Sein	_ _ Nombre d'oncles maternels
Côlon	_ _ Nombre d'oncles maternels
Oesophage	_ _ Nombre d'oncles maternels
Rein	_ _ Nombre d'oncles maternels
Larynx	_ _ Nombre d'oncles maternels
Leucémie	_ _ Nombre d'oncles maternels
Foie	_ _ Nombre d'oncles maternels
Poumons et bronches	_ _ Nombre d'oncles maternels
Lymphome (lymphome de Hodgkin)	_ _ Nombre d'oncles maternels
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	_ _ Nombre d'oncles maternels
Bouche, langue et gorge	_ _ Nombre d'oncles maternels
Myélome multiple	_ _ Nombre d'oncles maternels
Pancréas	_ _ Nombre d'oncles maternels
Prostate	_ _ Nombre d'oncles maternels
Rectum	_ _ Nombre d'oncles maternels
Peau (Mélanome)	_ _ Nombre d'oncles maternels
Peau (Non-mélanome)	_ _ Nombre d'oncles maternels
Intestin grêle	_ _ Nombre d'oncles maternels
Estomac	_ _ Nombre d'oncles maternels
Testicule	_ _ Nombre d'oncles maternels
Thyroïde	_ _ Nombre d'oncles maternels
Autre _____	_ _ Nombre d'oncles maternels Spécifiez le type de cancer

FM16 Pour vos **tantes du côté de votre mère (tantes maternelles)**, veuillez indiquer combien ont été diagnostiquées avec les types de cancer énumérés ci-dessous. Laissez la case vide si aucune de vos **tantes maternelles** ont été diagnostiquées avec le type de cancer en particulier.

Type de cancer	Nombre de tantes maternelles diagnostiquées
Vessie	_ _ Nombre de tantes maternelles
Cerveau	_ _ Nombre de tantes maternelles
Sein	_ _ Nombre de tantes maternelles
Col de l'utérus	_ _ Nombre de tantes maternelles
Côlon	_ _ Nombre de tantes maternelles
Oesophage	_ _ Nombre de tantes maternelles
Rein	_ _ Nombre de tantes maternelles



Larynx	_ _ Nombre de tantes maternelles
Leucémie	_ _ Nombre de tantes maternelles
Foie	_ _ Nombre de tantes maternelles
Poumons et bronches	_ _ Nombre de tantes maternelles
Lymphome (lymphome de Hodgkin)	_ _ Nombre de tantes maternelles
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	_ _ Nombre de tantes maternelles
Bouche, langue et gorge	_ _ Nombre de tantes maternelles
Myélome multiple	_ _ Nombre de tantes maternelles
Ovaire	_ _ Nombre de tantes maternelles
Pancréas	_ _ Nombre de tantes maternelles
Rectum	_ _ Nombre de tantes maternelles
Peau (Mélanome)	_ _ Nombre de tantes maternelles
Peau (Non-mélanome)	_ _ Nombre de tantes maternelles
Intestin grêle	_ _ Nombre de tantes maternelles
Estomac	_ _ Nombre de tantes maternelles
Thyroïde	_ _ Nombre de tantes maternelles
Utérus	_ _ Nombre de tantes maternelles
Autre _____	_ _ Nombre de tantes maternelles Spécifiez le type de cancer

FM17 Pour vos **oncles du côté de votre père (oncles paternels)**, veuillez indiquer combien ont été diagnostiqués avec les types de cancer énumérés ci-dessous. Laissez la case vide si aucun de vos **oncles paternels** ont été diagnostiqués avec le type de cancer en particulier.

Cancer type	Nombre d'oncles paternels diagnostiqués
Vessie	_ _ Nombre d'oncles paternels
Cerveau	_ _ Nombre d'oncles paternels
Sein	_ _ Nombre d'oncles paternels
Côlon	_ _ Nombre d'oncles paternels
Oesophage	_ _ Nombre d'oncles paternels
Rein	_ _ Nombre d'oncles paternels
Larynx	_ _ Nombre d'oncles paternels
Leucémie	_ _ Nombre d'oncles paternels
Foie	_ _ Nombre d'oncles paternels
Poumons et bronches	_ _ Nombre d'oncles paternels
Lymphome (lymphome de Hodgkin)	_ _ Nombre d'oncles paternels
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	_ _ Nombre d'oncles paternels
Bouche, langue et gorge	_ _ Nombre d'oncles paternels
Myélome multiple	_ _ Nombre d'oncles paternels
Pancréas	_ _ Nombre d'oncles paternels
Prostate	_ _ Nombre d'oncles paternels
Rectum	_ _ Nombre d'oncles paternels
Peau (Mélanome)	_ _ Nombre d'oncles paternels
Peau (Non-mélanome)	_ _ Nombre d'oncles paternels



Intestin grêle	_ _ Nombre d'oncles paternels
Estomac	_ _ Nombre d'oncles paternels
Testicule	_ _ Nombre d'oncles paternels
Thyroïde	_ _ Nombre d'oncles paternels
Autre _____	_ _ Nombre d'oncles paternels Spécifiez le type de cancer

FM18 Pour vos **tantes du côté de votre père (tantes paternelles)**, veuillez indiquer combien ont été diagnostiquées avec les types de cancer énumérés ci-dessous. Laissez la case vide si aucune de vos **tantes paternelles** ont été diagnostiquées avec le type de cancer en particulier.

Type de cancer	Nombre de tantes paternelles diagnostiquées
Vessie	_ _ Nombre de tantes paternelles
Cerveau	_ _ Nombre de tantes paternelles
Sein	_ _ Nombre de tantes paternelles
Col de l'utérus	_ _ Nombre de tantes paternelles
Côlon	_ _ Nombre de tantes paternelles
Oesophage	_ _ Nombre de tantes paternelles
Rein	_ _ Nombre de tantes paternelles
Larynx	_ _ Nombre de tantes paternelles
Leucémie	_ _ Nombre de tantes paternelles
Foie	_ _ Nombre de tantes paternelles
Poumons et bronches	_ _ Nombre de tantes paternelles
Lymphome (lymphome de Hodgkin)	_ _ Nombre de tantes paternelles
Lymphome (lymphome non-Hodgkinien, autre)	_ _ Nombre de tantes paternelles
Bouche, langue et gorge	_ _ Nombre de tantes paternelles
Myélome multiple	_ _ Nombre de tantes paternelles
Ovaire	_ _ Nombre de tantes paternelles
Pancréas	_ _ Nombre de tantes paternelles
Rectum	_ _ Nombre de tantes paternelles
Peau (Mélanome)	_ _ Nombre de tantes paternelles
Peau (Non-mélanome)	_ _ Nombre de tantes paternelles
Intestin grêle	_ _ Nombre de tantes paternelles
Estomac	_ _ Nombre de tantes paternelles
Thyroïde	_ _ Nombre de tantes paternelles
Utérus	_ _ Nombre de tantes paternelles
Autre _____	_ _ Nombre de tantes paternelles Spécifiez le type de cancer



SOMMEIL

SP01 Cette section porte sur votre sommeil. Combien d'heures et de minutes par jour dormez-vous en moyenne, incluant les siestes? Un jour correspond à une période de 24 heures.

Heures **ET** Minutes

Ne sais pas

SP02 Avez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e)?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Tout le temps

Ne sais pas



Domaine ACTIVITÉ PHYSIQUE

Nous sommes intéressés à obtenir plus de renseignements à propos des divers types d'activités physiques pratiquées par la population dans le cadre d'activités quotidiennes. Les questions qui vous seront posées portent sur les moments où vous avez été actif physiquement au cours des **sept derniers jours**.

Veillez répondre à chacune des questions, même si vous ne vous considérez pas comme une personne active.

Pensez aux activités que vous effectuez au travail, au cours de tâches domestiques dans la maison ou sur votre terrain, durant vos déplacements d'un endroit à l'autre, ainsi que dans votre temps libre, qu'il s'agisse d'activités récréatives, d'exercice ou de la pratique d'un sport.

Pensez à toutes les activités **physiques intenses** que vous avez pratiquées au cours des sept derniers jours. Les activités physiques intenses désignent des activités qui demandent un grand effort physique et qui vous font respirer beaucoup plus fort qu'à l'habitude.

Considérez seulement les activités physiques qui ont **duré au moins dix minutes d'affilée**.

PA1 Ces sept (7) derniers jours, pendant combien de jours avez-vous fait des activités **physiques intenses** (par exemple, soulever des objets lourds, creuser, ou bien faire de la danse aérobique ou du vélo de façon énergique) ?

- 1= _____ Journées par semaine
- 2= pas d'activité physique intense
- 8888 = Préfère ne pas répondre
- 9999 = Ne sais pas

PA2 Quand vous avez fait des activités physiques intenses au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne?

Indiquer le nombre d'heures ET de minutes.

- 1= _____ Heures par jour
- 2= _____ Minutes par jour
- 8888=Préfère ne pas répondre
- 9999= Ne sais pas

Pensez à toutes les activités physiques modérées que vous avez faites au cours des sept derniers jours.



Les **activités physiques modérées** désignent des activités qui demandent un effort physique modéré et qui vous font respirer un peu plus fort qu'à l'habitude. Considérez seulement les activités physiques qui ont duré au moins dix minutes d'affilée.

PA3 Ces sept (7) derniers jours, pendant combien de jours avez-vous fait des **activités physiques modérées** (par exemple, transporter des objets assez légers, faire du vélo à un rythme modéré ou jouer au tennis en double)?

N'incluez pas la marche.

1= _____ Journées par semaine

2= Pas d'activité physique modérée

8888= Préfère ne pas répondre

9999= Ne sais pas

PA4 Quand vous avez fait des activités physiques modérées au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne?

Indiquer le nombre d'heures ET de minutes.

1= _____ Heures par jour

2= _____ Minutes par jour

8888 =Préfère ne pas répondre

9999= Ne sais pas

Pensez à tout le temps que vous avez passé à **marcher** au cours des sept derniers jours. Incluez le temps de marche au travail et à la maison, le temps passé à marcher d'un endroit à un autre, ainsi que toute autre forme de marche, que ce soit de la marche récréative, sportive, pour faire de l'exercice ou par plaisir.

PA5 Ces sept (7) derniers jours, pendant combien de jours avez-vous **marché** durant au moins dix minutes d'affilée?

1= _____ Journées par semaine

2= Pas de marche

8888= Préfère ne pas répondre

9999= Ne sais pas

PA6 En moyenne, combien de temps consacrez-vous à la marche lors d'une de ces journées?

Indiquer le nombre d'heures ET de minutes.

1= _____ Heures par jour

2= _____ Minutes par jour

8888=Préfère ne pas répondre

9999= Ne sais pas



La dernière question porte sur le temps que vous avez passé **assis** au cours des sept derniers jours. Incluez le temps passé au travail ou à la maison, le temps passé à étudier et le temps consacré aux loisirs.

Cela peut comprendre le temps passé assis à un bureau, **assis** lors d'une visite chez des amis, ainsi que le temps passé à lire assis et à regarder la télévision, que vous soyez assis ou allongé.

PA7 En moyenne, ces derniers sept (7) jours, combien de temps avez-vous passé **assis** pendant un jour de semaine?

Indiquer le nombre d'heures ET de minutes.

1= _____ Heures par jour

2= _____ Minutes par jour

8888=Préfère ne pas répondre

9999= Ne sais pas



CONSOMMATION D'ALCOOL

AU01 Avez-vous déjà consommé de l'alcool?

- Oui
 Non
 Ne sais pas

PASSEZ À CONSOMMATION DE TABAC-
TU01(PAGE 33)

AU02 En moyenne, au cours de la dernière année, à quelle fréquence avez-vous consommé de l'alcool?

- 6 à 7 fois par semaine
 4 à 5 fois par semaine
 2 à 3 fois par semaine
 Une fois par semaine
 2 à 3 fois par mois
 Une fois par mois environ
 Mois d'une fois par mois
 Jamais
 Ne sais pas

PASSEZ À AU04 (PAGE SUIVANTE)

PASSEZ À CONSOMMATION DE TABAC-
TU01(PAGE 33)

AU03 En moyenne, combien de verres d'alcool consommez-vous au cours d'une semaine ordinaire?

Un verre standard équivaut à un verre de vin ou de breuvage à base de vin (142 ml, 1/5 d'une bouteille, 5 onces), à une bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière pression (341 ml, 12 onces), à un verre d'alcool sec ou mélangé contenant 1,5 onces (43 ml) de spiritueux.

Verre(s) par
semaine

Vin rouge

Aucun

Ne sais pas

Vin blanc

Aucun

Ne sais pas

Bière

Aucun

Ne sais pas

Liqueur/Spiritueux

Aucun

Ne sais pas

Autre alcool

Aucun

Ne sais pas



HOMMES SEULEMENT, FEMMES PASSEZ À AU05

- AU04 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé au moins cinq verres d'alcool lors d'une même rencontre ou occasion?
- Un verre standard équivaut à un verre de vin ou de breuvage à base de vin (142 ml, 1/5 d'une bouteille, 5 onces), à une bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière pression (341 ml, 12 onces), à un verre d'alcool sec ou mélangé contenant 1,5 onces (43 ml) de spiritueux.
- 6 à 7 fois par semaine
 - 4 à 5 fois par semaine
 - 2 à 3 fois par semaine
 - Une fois par semaine
 - 2 à 3 fois par mois
 - Une fois par mois environ
 - Mois d'une fois par mois
 - Jamais
 - Ne sais pas

FEMMES SEULEMENT, HOMMES PASSEZ À CONSOMMATION DE TABAC-TU01(PAGE SUIVANTE)

- AU05 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé au moins quatre verres d'alcool lors d'une même rencontre ou occasion?
- Un verre standard équivaut à un verre de vin ou de breuvage à base de vin (142 ml, 1/5 d'une bouteille, 5 onces), à une bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière pression (341 ml, 12 onces), à un verre d'alcool sec ou mélangé contenant 1,5 onces (43 ml) de spiritueux.
- 6 à 7 fois par semaine
 - 4 à 5 fois par semaine
 - 2 à 3 fois par semaine
 - Une fois par semaine
 - 2 à 3 fois par mois
 - Une fois par mois environ
 - Mois d'une fois par mois
 - Jamais
 - Ne sais pas



CONSOMMATION DE TABAC

Cette section porte sur le tabac. Les premières questions concernent la **CONSOMMATION DE CIGARETTES**. Le terme « cigarette » désigne les cigarettes achetées toutes faites et celles que vous roulez vous-même. N'incluez pas les cigares, les cigarillos ou la pipe lorsque vous répondez à ces premières questions sur les cigarettes.

Dans cette section, **lisez les instructions et suivez les flèches avec attention**. Il y a différents "chemins" pour les non-fumeurs, les fumeurs occasionnels et les fumeurs quotidiens.

TU01 Avez-vous déjà fumé au moins 100 cigarettes au cours de votre vie? (entre 4 et 5 paquets)

- Oui
- Non
- Ne sais pas

TU02 À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes chaque jour, occasionnellement ou jamais?

- Chaque jour (au moins une cigarette par jour dans les 30 derniers jours)
- Occasionnellement (au moins une cigarette dans les 30 derniers jours, mais pas tous les jours)
- Pas du tout (vous n'avez pas du tout fumer dans les 30 derniers jours)

→ ALLEZ À TU03 (CETTE PAGE)

→ ALLEZ À TU06 (PAGE SUIVANTE)

→ ALLEZ À MU01 (PAGE SUIVANTE)

TU03 À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes chaque jour?

Âge

TU04 Combien de cigarettes fumez-vous par jour présentement?

1 – 5 cigarettes 16 – 20 cigarettes

6 – 10 cigarettes 21 – 25 cigarettes

11 – 15 cigarettes 26+ cigarettes → Si 26+, combien?



- TU05 À quel point trouvez-vous facile ou difficile le fait de ne pas fumer pendant un jour?
- Très facile
 - Relativement facile
 - Relativement difficile
 - Très difficile



Si vous fumez à **chaque jour** actuellement, **PASSEZ À MU01**
(CETTE SUIVANTE)

- TU06 Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé au moins une cigarette?

- 1 – 5 jours
- 6 – 10 jours
- 11 – 20 jours
- 21 – 29 jours

- TU07 Les jours où vous avez fumé, combien de cigarettes fumiez-vous généralement?

- 1 – 5 cigarettes
- 6 – 10 cigarettes
- 11 – 15 cigarettes
- 16 – 20 cigarettes
- 21 – 25 cigarettes
- 26+ cigarettes

CONSOMMATION DE MARIJUANA

Les questions suivantes sont à propos de la consommation de marijuana ou de haschich. La marijuana est aussi appelée pot ou herbe. La marijuana est habituellement fumée, soit en cigarettes, en joints ou avec une pipe. Elle est parfois consommée dans des aliments cuisinés. Le haschich est une forme de marijuana aussi appelée 'hash'. Une autre forme de haschich est l'huile de haschich.

- MU01 Avez-vous actuellement une ordonnance pour de la marijuana médicale?
- Oui
 - Non
 - Ne sais pas



MU02

Avez-vous actuellement une ordonnance pour de la marijuana médicale?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

PASSEZ À ELC_01 (PAGE 37)

MU03

Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez consommé de la marijuana ou du haschich?

- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

MU04

Avez-vous déjà fumé de la marijuana ou du haschich au moins une fois par mois pour plus d'un an?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

PASSEZ À ELC_01 (PAGE 37)

MU05

Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à fumer de la marijuana ou du haschich au moins une fois par mois pendant un an?

- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

MU06

Depuis combien de temps avez-vous consommé pour la dernière fois de la marijuana ou du haschich au moins une fois par mois pendant un an? (Veuillez entrer votre réponse dans la case la plus appropriée.)

Années **OU** Mois **OU** Semaines **OU** Jours

- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas



MU07

Pendant le temps où vous avez fumé de la marijuana ou du haschich, à quelle fréquence en consommez-vous habituellement?

- Une fois par mois
- 2-3 fois par mois
- 4-8 fois par mois (environ 1-2 fois par semaine)
- 9-24 fois par mois (environ 3-6 fois par semaine)
- 25-30 fois par mois (une fois ou plus par jour)
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

MU08

Pendant le temps où vous avez fumé de la marijuana ou du haschich, combien de joints ou de pipes consommez-vous habituellement en une journée?

- 1 par jour
- 2 par jour
- 3-5 par jour
- 6 ou plus par jour
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

MU09

Combien de temps depuis que vous avez fumé pour la dernière fois de la marijuana ou du haschich ? (S'il vous plaît entrer votre réponse dans la case la plus appropriée.)

Années **OU** Mois **OU** Semaines **OU** Jours

- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

MU10

Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous consommé de la marijuana ou du haschich?

Jours

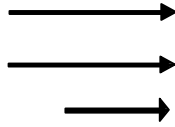
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas



UTILISATION DE E-CIGARETTES

ELC_01 Avez-vous déjà essayé une cigarette électronique, aussi appelée e-cigarette?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas



PASSEZ À EX_01 (PAGE SUIVANTE)

ELC_02 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous utilisé une cigarette électronique, aussi appelée e-cigarette?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

ELC_03 La dernière fois que vous avez utilisé une e-cigarette, est-ce qu'elle contenait de la nicotine?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

ELC_04 Au cours des 2 dernières années, avez-vous utilisé la e-cigarette comme moyen pour vous aider à arrêter de fumer?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas



EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC SECONDAIRE

EX_01

À quelle fréquence êtes-vous généralement exposé à la fumée de tabac d'autres personnes?

- Tous les jours
- Presque tous les jours
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Jamais
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas



SITUATION PROFESSIONNELLE

WS01 Lesquels des énoncés suivants décrivent le mieux votre situation d'emploi actuelle? Sélectionnez **TOUTES** les réponses qui s'appliquent.
Temps plein signifie 30 heures ou plus par semaine. Temps partiel signifie moins de 30 heures par semaine.

- Employé(e)/travailleur(-euse) autonome à temps plein
- Employé(e)/travailleur(-euse) autonome à temps partiel
- Retraité(e)
- S'occupe de la maison et/ou de la famille
- Incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une invalidité
- Sans emploi
- Effectue un travail non salarié ou bénévole
- Étudiant(e)

REVENU DU MÉNAGE

La section qui suit porte sur le revenu de votre ménage.

Le revenu peut avoir un impact sur la santé. Pour cette raison, il est important que nous posions cette question dans le cadre du suivi de santé, malgré qu'elle comporte de l'information sensible.

HI01 Quel a été le revenu total approximatif de votre ménage (toutes sources confondues) avant impôts l'année dernière? Veuillez inclure le revenu total incluant les salaires, les retraites et les prestations.

- Moins de 10 000\$
- 10 000\$ - 24 999\$
- 25 000\$ - 49 999\$
- 50 000\$ - 74 999\$
- 75 000\$ - 99 999\$
- 100 000\$ - 149 999\$
- 150 000\$ - 199 999\$
- 200 000\$ ou plus
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas



MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

Si vous êtes CAPABLE DE VOUS TENIR DEBOUT SANS ASSISTANCE, vous pouvez Continuer avec les mesures corporelles. Désirez-vous continuer avec les mesures physiques?

- Non, je NE VEUX PAS continuer.
- Oui, je veux CONTINUER et prendre mes mesures physiques.
- Préfère ne pas répondre
- Ne sais pas

Poids

Les prochaines questions sont à propose de vos mesures physiques

- Ajustez votre balance à zéro.
- Pesez-vous sans vêtement ou avec des vêtements légers. Souvenez-vous d'ôter vos souliers.
- Montez sur la balance. Assurez-vous que vos deux pieds sont sur la balance.
- Inscrivez votre poids en livres ou kilogrammes.

AM01

Mesure du poids

Livres **OU**

Kilogrammes

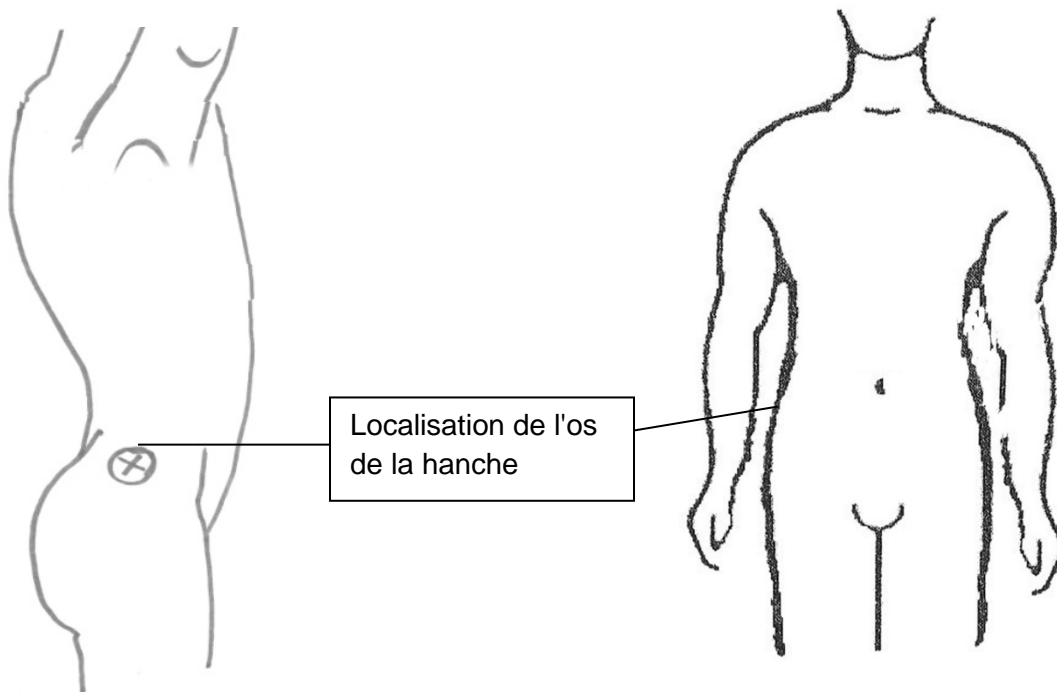


TAILLE ET HANCHES

1. Prenez la prochaine séries de mesures soit sans-vêtement ou avec des sous-vêtements ajustés.
2. Tenez-vous devant un miroir pour vous aider à bien positionner le ruban à mesurer.
3. Tirez suffisamment sur le ruban pour qu'il ne glisse pas, mais sans qu'il marque la peau.
4. Inscrivez la mesure en pouces ou en centimètres.

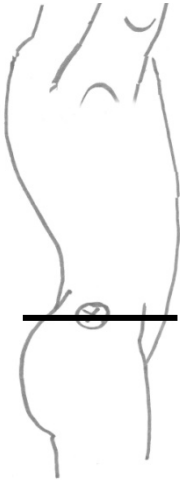
Taille

- Cette mesure se prend à un endroit précis le long de votre côté. Pour trouver cet endroit, il vous suffit de placer votre pouce sous votre aisselle et de le descendre ensuite en ligne droite jusqu'à ce que vous rencontriez l'os de la hanche (voir l'image).

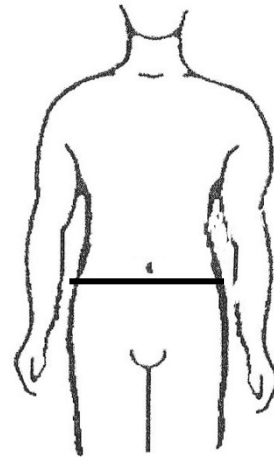


- Placez le ruban à mesurer à l'endroit où votre pouce a rencontré l'os de votre hanche. Ensuite, faites le tour de votre tronc avec le ruban à mesurer.





Entourez le ruban à mesurer autour de la partie centrale de votre abdomen



- Regardez dans le miroir et faites un tour sur vous-même pour vous assurer que le ruban est à la même hauteur tout autour de votre corps et qu'il n'est pas tordu. Prenez la mesure, **MÊME S'IL NE S'AGIT PAS DE VOTRE TOUR DE TAILLE HABITUEL.**
- Prenez deux mesures. L'écart des deux mesures ne devrait pas excéder un demi pouce (ou un centimètre). Si l'écart est plus grand, prenez une troisième mesure et inscrivez les deux mesures les plus rapprochées.
- Notez la mesure en arrondissant au demi pouce ou au centimètre le plus près.

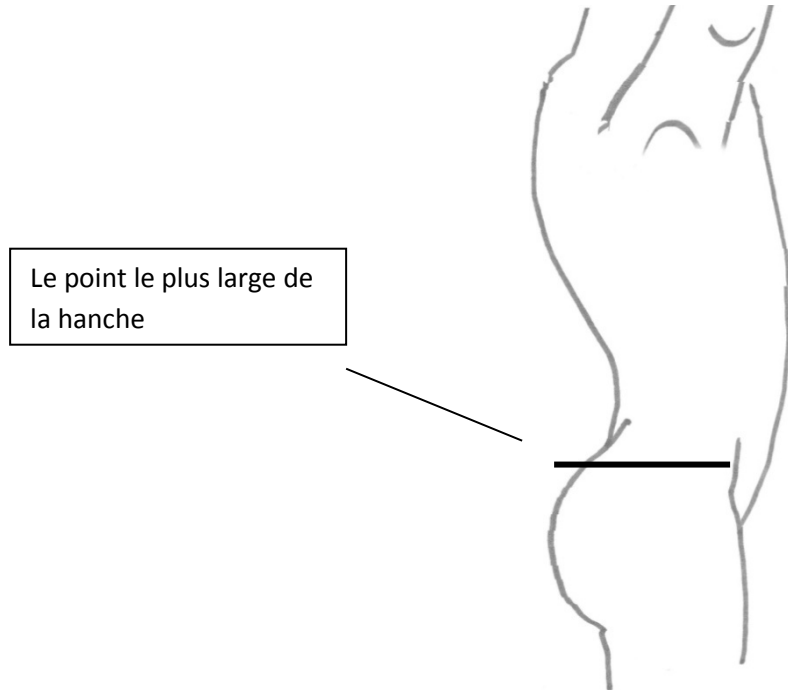
AM02 Première mesure du tour de taille Pouces **OU** Centimètres

AM03 Deuxième mesure du tour de taille Pouces **OU** Centimètres



Hanches

- Tenez-vous de profil devant un miroir, les pieds écartés à la même distance que les épaules.
- Cherchez le point le plus large de vos fesses et placez le ruban à mesurer à cet endroit (voir l'image).



- À présent, faites un tour complet sur vous-même devant le miroir pour vous assurer que le ruban à mesurer est au même niveau tout autour de votre corps.
- Prenez deux mesures. L'écart des deux mesures ne devrait pas excéder un demi pouce (ou un centimètre). Si l'écart est plus grand, prenez une troisième mesure et inscrivez les deux mesures les plus rapprochées.
- Notez la mesure en arrondissant au demi pouce ou au centimètre le plus près.

AM04 Première mesure du tour de hanches Pouces **OU** Centimètres

AM05 Seconde mesure du tour de hanches Pouces **OU** Centimètres

Ceci est la fin du questionnaire!
Merci d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

