

Maladies chroniques du foie

Introduction

Chère / cher Nutrinaute,

Notre étude vise à mieux comprendre les liens entre la nutrition et les maladies chroniques de foie, et votre contribution est essentielle !

Le questionnaire qui suit comprend une série de questions sur votre état de santé, en particulier sur les maladies du foie et les affections éventuellement associées. Nous vous invitons à être aussi précis que possible en répondant aux questions ; ces données médicales sont importantes pour permettre à notre équipe de scientifiques de progresser dans la compréhension de ces maladies et de leur relation avec la nutrition.

Nous avons conçu le questionnaire pour qu'il soit simple et rapide à compléter. Votre participation est totalement volontaire. Il vous prendra en moyenne 20 minutes à compléter.

Si vous présentez ou avez présenté une ou plusieurs des maladies mentionnées dans le questionnaire, des informations complémentaires vous seront demandées concernant les éventuelles complications et votre prise en charge médicale. Pour améliorer la fiabilité des données, nous vous encourageons à déposer sur le site de l'étude NutriNet-Santé (Mes rubriques - Mon espace Santé - Mes examens médicaux) tout compte rendu médical correspondant (compte rendu de consultation, d'hospitalisation, d'examen complémentaire, résultat de biologie médicale, ...).

Les informations médicales vous concernant recueillies pendant cette étude sont traitées de façon confidentielle. L'accès à ces données est limité aux personnes habilitées. Vous pouvez consulter les mentions légales ici : <https://etude-nutrinet-sante.fr/mention>.

Une fois que vous aurez répondu à l'ensemble des questions, n'oubliez pas de valider votre questionnaire pour que vos réponses soient enregistrées.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

Diagnostic

Vous a-t-on diagnostiqué une ou plusieurs des maladies suivantes :

- Cirrhose
- Stéatose hépatique / Maladie du foie gras / NAFLD / MASLD (stéatose hépatique d'origine métabolique)
- NASH / MASH (stéato-hépatite d'origine métabolique)
- Fibrose du foie
- Maladie du foie liée à l'alcool
- Hépatite auto-immune
- Cholangite sclérosante primitive
- Cholangite biliaire primitive
- Hémochromatose génétique
- Maladie de Wilson
- Hépatite B
- Hépatite C
- Hépatite Delta
- Maladie vasculaire du foie
- Carcinome hépato cellulaire
- Cholangiocarcinome
- Thrombose de la veine porte
- Transplantation / Greffe du foie
- Autre maladie ayant attrait au foie (ou en cas d'incertitude sur le nom de la maladie)

Oui Non

Veillez préciser la(les) maladie(s) diagnostiquée(s) :

Cirrhose

Oui Non

Année du diagnostic

Avez-vous déjà présenté une ou plusieurs des complications suivantes pour votre cirrhose ?

- Oui
- Non, aucune de ces complications
- Je ne sais pas ou je ne me souviens pas

Veillez préciser la(les) complications pour votre cirrhose :

- Ascite
- Encéphalopathie hépatique
- Rupture de varice œsophagienne et/ou gastrique
- Thrombose de la veine porte
- Carcinome hépatocellulaire
- Cholangiocarcinome intra hépatique
- Transplantation hépatique

Stéatose hépatique / Maladie du foie gras / NAFLD / MASLD (stéatose hépatique d'origine métabolique)

- Oui Non

Année du diagnostic

NASH / MASH (stéato-hépatite d'origine métabolique)

- Oui Non

Année du diagnostic

Fibrose du foie

- Oui Non

Année du diagnostic

Maladie du foie liée à l'alcool

- Oui Non

Année du diagnostic

Hépatite auto-immune

- Oui Non

Année du diagnostic

Cholangite sclérosante primitive

Oui Non

Année du diagnostic

Cholangite biliaire primitive

Oui Non

Année du diagnostic

Hémochromatose génétique

Oui Non

Année du diagnostic

Maladie de Wilson

Oui Non

Année du diagnostic

Hépatite B

Oui Non

Année du diagnostic

Hépatite C

Oui Non

Année du diagnostic

Hépatite Delta

Oui Non

Année du diagnostic

Maladie Vasculaire du Foie

Oui Non

Année du diagnostic

ÉTUDE
NUTRINET
SANTÉ

ÉTUDE
NUTRINET
SANTÉ

Carcinome hépato-cellulaire

Oui Non

Année du diagnostic**Cholangiocarcinome**

Oui Non

Année du diagnostic**Thrombose de la veine porte**

Oui Non

Année du diagnostic**Transplantation/Greffe du foie**

Oui Non

Année du diagnostic**Autre maladie ayant attrait au foie (ou en cas d'incertitude sur le nom de votre maladie)**

Oui Non

Veillez préciser :**Année du diagnostic****Traitements actuels**

Prenez-vous actuellement ou avez pris au cours des douze derniers mois un ou plusieurs médicaments parmi les suivants ?

Attention, si vous avez arrêté de ces médicaments il y a plus de douze mois, veuillez ne pas le renseigner ici.

Oui Non

Veillez précisez le(les) médicament(s) de traitements actuels :

Propranolol (AVLOCARDYL®)

Carvedilol (KREDEX®)

Nadolol (CORGARD®)

- Lactulose (DUPHALAC®)
- Rifaximine (TIXTAR®)
- Furosémide (LASILIX®)
- Spironolactone (ALDACTONE®)
- Tenofovir disoproxyl fumarate (VIREAD®)
- Tenofovir alafenamide (VEMLIDY®)
- Entecavir (BARACLUDE®)
- Glecaprevir / Pibrentasvir (MAVIRET®)
- Sofosbuvir / Velpatasavir (EPCLUSA®)
- Sofosbuvir / Ledipasvir (HARVONI®)
- Grazoprevir / Elbasvir (ZEPATIER®)
- Interferon pegylé (PEGASYS®)
- Bulévirtide (HEPCLUDEX®)
- Acide Ursodesoxycholique (URSOLVAN®, DELURSAN®)
- Acide obéticholique (OCALIVA®)
- Bezafibrate (BEFIZAL®)
- Prednisone (CORTANCYL®)
- Prednisolone (SOLUPRED®)
- Azathioprine (IMUREL®)
- Mycophénolate Mofétil (CELLCEPT®)

Traitements antérieurs

Y a-t-il parmi les médicaments suivants certains que vous avez pris et arrêtés il y a plus de douze mois ?

Attention, il faut que vous ayez arrêté le médicament il y a plus de 12 mois. Sinon, celui-ci doit être renseigné à la question précédente.

Oui Non

Veillez précisez le(les) médicament(s) de traitements antérieurs :

- Propranolol (AVLOCARDYL®)
- Carvedilol (KREDEX®)
- Nadolol (CORCARD®)
- Lactulose (DUPHALAC®)

ÉTUDE NUTRINET SANTÉ

- Rifaximine (TIXTAR®)
- Furosémide (LASILIX®)
- Spironolactone (ALDACTONE®)
- Tenofovir disoproxyl fumarate (VIREAD®)
- Tenofovir alafenamide (VEMLIDY®)
- Entecavir (BARACLUDE®)
- Glecaprevir / Pibrentasvir (MAVIRET®)
- Sofosbuvir / Velpatasvir (EPCLUSA®)
- Sofosbuvir / Ledipasvir (HARVONI®)
- Grazoprevir / Elbasvir (ZEPATIER®)
- Interferon pegylé (PEGASYS®)
- Bulévirtide (HEPCLUDEX®)
- Acide Ursodesoxycholique (URSOLVAN®, DELURSAN®)
- Acide obéticholique (OCALIVA®)
- Bezafibrate (BEFIZAL®)
- Prednisone (CORTANCYL®)
- Prednisolone (SOLUPRED®)
- Azathioprine (IMUREL®)
- Mycophénolate Mofétil (CELLCEPT®)

Examens complémentaires et coordonnées des professionnels de santé

Avez vous déjà eu un ou plusieurs des examens médicaux suivants ?

- **Fibroscan**
- **Fibrotest, FibroMeter, ELF**
- **Echographie abdominale ou hépatique**
- **Scanner abdominal**
- **IRM hépatique / du foie**
- **Biopsie du foie**
- **Prise de sang**

Oui Non

Si vous êtes d'accord, pensez à téléverser les documents correspondant aux résultats de ces examens dans votre espace santé juste après avoir fini le questionnaire, ainsi que tout autre document non mentionné ici et qui vous semblerait pertinent.

Veillez préciser le(les) examen(s) que vous avez eu(s) :

Fibroscan

Oui Non

Date précise de l'examen médical; si vous n'avez pas la date exacte et voulez indiquer l'année

uniquement, vous pouvez indiquer le premier janvier

FibroTest, FibroMeter, ELF

Oui Non

Date précise de l'examen médical; si vous n'avez pas la date exacte et voulez indiquer l'année uniquement, vous pouvez indiquer le premier janvier

Echographie abdominale ou hépatique

Oui Non

Date précise de l'examen médical; si vous n'avez pas la date exacte et voulez indiquer l'année uniquement, vous pouvez indiquer le premier janvier

Scanner abdominal

Oui Non

Date précise de l'examen médical; si vous n'avez pas la date exacte et voulez indiquer l'année uniquement, vous pouvez indiquer le premier janvier

IRM hépatique / du foie

Oui Non

Date précise de l'examen médical; si vous n'avez pas la date exacte et voulez indiquer l'année uniquement, vous pouvez indiquer le premier janvier

Biopsie du foie

Oui Non

Date précise de l'examen médical; si vous n'avez pas la date exacte et voulez indiquer l'année uniquement, vous pouvez indiquer le premier janvier

Prise de sang

Oui Non

Date précise de l'examen médical; si vous n'avez pas la date exacte et voulez indiquer l'année uniquement, vous pouvez indiquer le premier janvier

Contacts médicaux

Acceptez-vous que notre équipe de médecin contacte les professionnels de santé concernés par votre pathologie si des informations devaient être précisées dans le cadre de l'étude ?

Oui Non

Pourriez-vous nous indiquer le nom et les coordonnées de tous les professionnels de santé concernés par votre pathologie ?

Professionnel 1 :

Profession (médecin généraliste, médecin spécialiste - indiquer la spécialité) :

Nom

Prénom

Adresse (Nombre de caractères restants : 150)

Code postal

Ville

Téléphone

Mail

Voulez-vous déclarer autre professionnel de santé ?

Oui Non

Professionnel 2 :

Profession (médecin généraliste, médecin spécialiste - indiquer la spécialité) :

Nom

Prénom

Adresse (Nombre de caractères restants : 150)

Code postal

Ville

Téléphone

Mail

Voulez-vous déclarer autre professionnel de santé ?

Oui Non

Professionnel 3 :

Profession (médecin généraliste, médecin spécialiste - indiquer la spécialité) :

Nom

Prénom

Adresse (Nombre de caractères restants : 150)

Code postal

Ville

Téléphone

Mail

Comportements alimentaires

Depuis que cette (ou ces) maladie(s) a(ont) été diagnostiquée(s), avez-vous modifié votre comportement alimentaire ?

Oui Non

De quelle façon avez-vous changé votre comportement alimentaire ?

- Je prends mon repas du matin plus tôt
- Je prends mon repas du matin plus tard
- Je prends mon repas du soir plus tôt
- Je prends mon repas du soir plus tard
- Je saute mon petit-déjeuner
- Je saute mon déjeuner
- Je saute mon dîner
- Je mange plus fréquemment, mais avec des prises alimentaires plus petites
- Je mange moins fréquemment, mais avec des prises alimentaires plus importantes
- Je mange moins (en quantité)
- Je mange plus (en quantité)
- J'ai réduit ma consommation de sel
- J'ai augmenté ma consommation de sel
- J'ai réduit ma consommation de sucre
- J'ai augmenté ma consommation de sucre
- J'ai réduit ma consommation de graisses
- J'ai augmenté ma consommation de graisses
- J'ai réduit ma consommation de fruits et légumes
- J'ai augmenté ma consommation de fruits et légumes
- J'ai arrêté de consommer de l'alcool
- J'ai réduit ma consommation d'alcool
- J'ai augmenté ma consommation d'alcool
- J'ai éliminé certains aliments de mon alimentation habituelle
- J'ai introduit de nouveaux aliments dans mon alimentation habituelle
- Je prends des compléments alimentaires (compléments multivitaminés, par exemple)

Antécédents familiaux

Est-ce qu'un ou plusieurs membres de votre famille proche (père, mère, frères, sœurs, enfants) ont déjà reçu un diagnostic pour ces maladies suivantes :

- Cirrhose
- Stéatose hépatique / Maladie du foie gras / NAFLD / MASLD (stéatose hépatique d'origine

métabolique)

- **NASH / MASH (stéato-hépatite d'origine métabolique)**
- **Fibrose du foie**
- **Maladie du foie liée à l'alcool**
- **Hépatite auto-immune**
- **Cholangite sclérosante primitive**
- **Cholangite biliaire primitive**
- **Hémochromatose génétique**
- **Maladie de Wilson**
- **Hépatite B**
- **Hépatite C**
- **Hépatite Delta**
- **Maladie vasculaire du foie**
- **Carcinome hépato cellulaire**
- **Cholangiocarcinome**
- **Thrombose de la veine porte**
- **Transplantation / Greffe du foie**
- **Autre maladie ayant attiré au foie (ou en cas d'incertitude sur le nom de la maladie)**

Oui Non

Veillez préciser la(les) maladies diagnostiquée(s):

- Cirrhose
- Stéatose hépatique / Maladie du foie gras / NAFLD / MASLD (stéatose hépatique d'origine métabolique)
- NASH / MASH (stéato-hépatite d'origine métabolique)
- Fibrose du foie
- Maladie du foie liée à l'alcool
- Hépatite auto-immune
- Cholangite sclérosante primitive
- Cholangite biliaire primitive
- Hémochromatose génétique
- Maladie de Wilson
- Hépatite B
- Hépatite C
- Hépatite Delta
- Maladie Vasculaire du Foie
- Carcinome hépato-cellulaire
- Cholangiocarcinome
- Thrombose de la veine porte
- Transplantation/Greffe du foie
- Autre

Veillez préciser :

Commentaires (facultatifs)

Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)