

Questionnaire sante inscription

Version de questionnaire

Sélectionnez la version de votre questionnaire :

- Homme
- Femme

Vie reproductive

Avez-vous déjà eu des règles ?

- Oui
- Non, je n'ai jamais eu de règles

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

an(s)

Etes-vous actuellement enceinte ?

- Oui Non Je ne sais pas

Quel est le terme prévu ?

- < 1 mois
- 1 mois
- 2 mois
- 3 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 7 mois
- 8 mois
- 9 mois

Allaitez-vous actuellement ?

- Oui Non

Etes-vous ménopausée ?

- Oui En cours Non

Utilisez-vous actuellement un moyen de contraception ?

- Oui Non

Lequel ou lesquels ?

- Contraceptif oral (pilule...)
- Stérilet

- Timbre
- Implant
- Gel
- Préservatif
- Autre

A quand remontent vos dernières règles ?

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

Habituellement, vos règles sont-elles ?

- Régulières
- Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois)

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

- Régulières
- Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois)

Quel âge aviez-vous lors de l'arrêt de vos règles ?

an(s)

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

- Régulières
- Irrégulières (parfois espacées de plus de 3 mois)

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

- Oui Non

Lequel ou lesquels ?

- Contraceptif oral (pilule...)
- Stérilet
- Timbre
- Implant
- Gel
- Préservatif
- Autre

A quel âge avez-vous été ménopausée ?

an(s)

Est-ce une ménopause ?

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

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

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez.

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisez-vous ?

- Tous les jours
- Seulement plusieurs jours par mois

Depuis combien de mois l'utilisez-vous ?

mois

Prenez-vous actuellement un 2ème traitement en rapport avec la ménopause ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez.

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisez-vous ?

Tous les jours

Seulement plusieurs jours par mois

Depuis combien de mois l'utilisez-vous ?

mois

Prenez-vous actuellement un 3ème traitement en rapport avec la ménopause ?

Oui Non Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez.

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisez-vous ?

Tous les jours

Seulement plusieurs jours par mois

Depuis combien de mois l'utilisez-vous ?

mois

Prenez-vous actuellement un 4ème traitement en rapport avec la ménopause ?

Oui Non Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez.

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisez-vous ?

Tous les jours

Seulement plusieurs jours par mois

Depuis combien de mois l'utilisez-vous ?

mois

Prenez-vous actuellement un 5ème traitement en rapport avec la ménopause ?

Oui Non Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez.

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisez-vous ?

Tous les jours

Seulement plusieurs jours par mois

Depuis combien de mois l'utilisez-vous ?

mois

En avez-vous utilisé dans le passé ?

Oui Non Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez et cliquez sur le bouton « ajouter » pour l'ajouter à votre liste (à droite).

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisiez-vous ?

Tous les jours

Seulement plusieurs jours par mois

Je ne me souviens plus

Combien de mois l'avez-vous utilisé ?

mois

En avez-vous utilisé un 2ème dans le passé ?

Oui Non Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez et cliquez sur le bouton « ajouter » pour l'ajouter à votre liste (à droite).

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisiez-vous ?

Tous les jours

Seulement plusieurs jours par mois

Je ne me souviens plus

Combien de mois l'avez-vous utilisé ?

mois

En avez-vous utilisé un 3ème dans le passé ?

Oui Non Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez et cliquez sur le bouton « ajouter » pour l'ajouter à votre liste (à droite).

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisiez-vous ?

Tous les jours

Seulement plusieurs jours par mois

Je ne me souviens plus

Combien de mois l'avez-vous utilisé ?

mois

En avez-vous utilisé un 4ème dans le passé ?

Oui Non Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez et cliquez sur le bouton « ajouter » pour l'ajouter à votre liste (à droite).

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisiez-vous ?

- Tous les jours
- Seulement plusieurs jours par mois
- Je ne me souviens plus

Combien de mois l'avez-vous utilisé ?

 mois

En avez-vous utilisé un 5ème dans le passé ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Précisez le nom du médicament :

Quel est son nom ?

Choisissez dans la liste proposée le nom du médicament que vous prenez et cliquez sur le bouton « ajouter » pour l'ajouter à votre liste (à droite).

Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession. Attention aux différents dosages !

Si votre médicament n'est pas dans la liste (médicament non trouvé ou médicament non français), saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament. Si la zone de saisie du médicament n'existe pas alors la rajouter.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

L'utilisiez-vous ?

- Tous les jours
- Seulement plusieurs jours par mois
- Je ne me souviens plus

Combien de mois l'avez-vous utilisé ?

 mois

Santé personnelle

Avez-vous déjà eu une ou plusieurs des maladies cardiovasculaires suivantes, diagnostiquées par un médecin ?

- Infarctus du myocarde
- Syndrome coronaire aigu sans nécrose
- Angioplastie ou revascularisation myocardique (stent, pontage...)
- Accident vasculaire cérébral (attaque, hémorragie ou congestion cérébrale...)
- Accident ischémique transitoire
- Non

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une maladie cardiovasculaire citée à la question précédente ?

- Oui Non

Précisez, pour la dernière hospitalisation liée à cette maladie cardiovasculaire, la date d'entrée, le nom de l'hôpital, le service, la commune, le département et le pays :

	Date d'entrée	Hôpital	Service	Commune	Département	Pays
Dernière hospitalisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une 2ème maladie cardiovasculaire ?

- Oui Non

Précisez, pour la dernière hospitalisation liée à cette 2ème maladie cardiovasculaire, la date d'entrée, le nom de l'hôpital, le service, la commune, le département et le pays :

	Date d'entrée	Hôpital	Service	Commune	Département	Pays
Dernière hospitalisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour une 3ème maladie cardiovasculaire ?

- Oui Non

Précisez, pour la dernière hospitalisation liée à cette 3ème maladie cardiovasculaire, la date d'entrée, le nom de l'hôpital, le service, la commune, le département et le pays :

	Date d'entrée	Hôpital	Service	Commune	Département	Pays
Dernière hospitalisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Avez-vous déjà eu un cancer diagnostiqué par un médecin ?

- Oui Non

Lequel ou lesquels ?

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

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

Veillez préciser :

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

- Oui Non

Précisez pour la dernière hospitalisation liée à ce cancer, la date d'entrée, le nom de l'hôpital, le service, la commune, le département et le pays :

	Date d'entrée	Hôpital	Service	Commune	Département	Pays
Dernière hospitalisation	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour un 2ème cancer ?

- Oui

- Non

Précisez, pour la dernière hospitalisation liée à ce 2ème cancer, la date d'entrée, le nom de l'hôpital, le service, la commune, le département et le pays :

	Date d'entrée	Hôpital	Service	Commune	Département	Pays
Dernière hospitalisation	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>

Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pour un 3ème cancer ?

- Oui

- Non

Précisez pour la dernière hospitalisation liée à ce 3ème cancer, la date d'entrée, le nom de l'hôpital, le service, la commune, le département et le pays :

	Date d'entrée	Hôpital	Service	Commune	Département	Pays

Dernière hospitalisation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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

	Si oui, cochez cette case	Année de diagnostic	Si vous avez pris ou si vous prenez actuellement des médicaments pour cette maladie, cochez cette case
Autres maladies cardiovasculaires, facteurs de risque cardiovasculaires et maladies métaboliques			
Angor, angine de poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du rythme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Embolie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Artérite, sténose artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète de type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète de type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycémie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Goutte, hyper-uricémie (acide urique)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hématochromatose	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies endocriniennes			
Adénome hypophysaire, excès de prolactine	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Nodule(s) thyroïdien(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroïdectomie (ablation de la thyroïde partielle ou totale)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Goitre	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Maladies para-thyroïdiennes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies des surrénales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes circulatoires			
Insuffisance veineuse, problèmes circulatoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Phlébite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Raynaud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies respiratoires			
Bronchite chronique, broncho-pneumopathie obstructive (BPCO), emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuffisance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dilatation des bronches (DDB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnée du sommeil (diagnostiquée par un médecin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumothorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies ou problèmes digestifs			
Polypes, diverticules (intestin, colon, rectum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcère gastro-duodéal, gastrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux gastro-oesophagien, achalasie, hernie hiatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Côlon irritable, colopathie fonctionnelle, constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rectocolite hémorragique (RCH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie cœliaque (intolérance au gluten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/>	
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémorroïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose du foie, maladie chronique du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lithiase biliaire (calculs dans la vésicule), cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro, Gastro-entérite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies ou problèmes concernant les os et articulations			
Arthrose, rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal au dos, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbago...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernie discale, sciatique, cruralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périarthrite, épicondylite, capsulite, tendinite, canal carpien...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose, ostéopénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture du poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture de la hanche (col du fémur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracture d'une vertèbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entorses, luxations et autres fractures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies ou problèmes neurologiques et psychologiques			

Migraines	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Céphalées, maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Névralgies	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble bipolaire, syndrome maniaco-dépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété, troubles anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du sommeil, syndrome des jambes sans repos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de la mémoire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanie, spasmophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du comportement alimentaire, anorexie, boulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Addictions (alcool...)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies			
Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie aux médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie respiratoire (rhinite, sinusite, bronchite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie cutanée ou des muqueuses (conjonctivite)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies génito-urinaires			
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Incontinence urinaire, fuites urinaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lithiase rénale, calculs rénaux, coliques néphrétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adénome de la prostate, hypertrophie bénigne de la prostate avec ou sans intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endométriose, adénomyose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibrome utérin avec ou sans intervention chirurgicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kystes ovariens, dystrophie ovarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles de l'ovulation, aménorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies de la peau			
Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urticaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies des yeux			
Dégénérescence maculaire, DMLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucome et/ou hypertension oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataracte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décollement de la rétine, décollement du vitré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies ORL			
Acouphènes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertiges, maladie de Menière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surdité, troubles auditifs			

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies hématologiques et de système			
Anémie, anémie de Biermer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarcoïdose (BBS), maladie de Behçet, syndrome de Gougerot Sjören, sclérodermie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies infectieuses			
Infection respiratoire aigüe, bronchite, pneumonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection ORL, angine, sinusite, rhinopharyngite, otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection urinaire et/ou rénale aigüe, cystite, pyélonéphrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection génitale, salpingite, prostatique, bartholinite...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe, syndrome grippal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose, primo infection tuberculeuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mononucléose infectieuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycose, candidose, lichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paludisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sida, VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papillomavirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpès (cutané, génital)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (vous pouvez saisir plusieurs maladies en les séparant par des virgules)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai eu aucun de ces problèmes de santé	<input type="checkbox"/>		

Soins et médicaments

Etes-vous suivi(e) régulièrement par un cardiologue ?

Oui Non

Pouvez-vous nous préciser les coordonnées de votre cardiologue ?

Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>
Numéro de téléphone	<input type="text"/>

Etes-vous suivi(e) régulièrement par un neurologue ?

Oui Non

Pouvez-vous nous préciser les coordonnées de votre neurologue ?

Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>
Numéro de téléphone	<input type="text"/>

Etes-vous suivi(e) régulièrement par un oncologue ?

Oui Non

Pouvez-vous nous préciser les coordonnées de votre oncologue ?

Nom	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
Commune	<input type="text"/>
Code postal	<input type="text"/>
Numéro de téléphone	<input type="text"/>

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

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de

médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui

s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Prenez-vous actuellement un autre médicament ?

Oui Non

Indiquez lequel :

Tapez les premières lettres (au moins 3) du nom du médicament et sélectionnez votre médicament dans la liste qui s'affiche en cliquant dessus.

Attention aux différents dosages et à l'orthographe ! Pour retrouver le nom exact et le dosage, aidez-vous des emballages ou des ordonnances en votre possession.

Si votre médicament n'est pas dans la liste, saisissez en toutes lettres la dénomination du médicament (nom et dosage) en vérifiant soigneusement l'orthographe. Attention, vous ne pouvez pas saisir des classes de médicaments (ex : antibiotique, anti-inflammatoire) mais seulement le nom du médicament.

Si vous ne vous souvenez plus du nom du médicament que vous avez pris, saisissez « nom inconnu ».

Si vous avez déclaré précédemment des médicaments pour la ménopause (avec leurs noms), ne les indiquez pas de nouveau ici.

Vous arrive-t-il de prendre des compléments alimentaires, prescrits ou non par un médecin (vitamines, minéraux, oligo-éléments, extraits de plantes, acides gras essentiels type oméga 3, etc.)

Oui Non

Par exemple, lorsque vous consommez des comprimés de vitamine C ou que vous faites des cures de magnésium ou de levure de bière (en comprimé ou en paillettes), il s'agit de compléments alimentaires.

Les aliments enrichis ou diététiques ne sont pas des compléments alimentaires. Par exemple, les substituts de repas sous forme de crèmes desserts, les céréales, jus de fruits ou laits enrichis, l'Actimel, les yaourts 'Bio', etc., ne sont pas des compléments mais des aliments.

En prenez-vous ?

Tous les jours de l'année ou presque

Plusieurs semaines dans l'année en cumulé (sous forme de cures ou non)

De temps en temps, de manière très irrégulière

Antécédents familiaux

Combien avez-vous de frères biologiques (y compris demi-frère) ?

frère(s)

Combien avez-vous de sœurs biologiques (y compris demi-sœur) ?

sœur(s)

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

	Père	Mère	L'un de vos frères	L'une de vos sœurs	Je ne sais pas	Aucun
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine ou angor (douleur ou gêne dans la poitrine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (attaque, hémorragie ou congestion cérébrale...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Artérite des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de la prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer du côlon, rectum, ou anus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démence sénile ou autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sclérose en plaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anxiété, troubles anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (précisez en clair)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pression artérielle

Possédez-vous un appareil d'auto-mesure de pression artérielle ?

Oui Non

Handicap

Rencontrez-vous actuellement des difficultés, infirmités ou handicaps qui limitent vos activités dans la vie de tous les jours ?

Oui Non

Quelle est la nature de ces difficultés, infirmités ou handicaps ?

- Déficience motrice (paraplégie, tétraplégie, hémip légie, amputation, paralysie, fracture)
- Déficience visuelle (cécité, troubles de la vue)
- Déficience auditive (surdit é)
- Déficience du langage ou de la parole (mutisme, aphasie)
- Autre

Veillez préciser :

Ces difficultés sont :

- Permanentes
- Temporaires

Vous a-t-on reconnu un taux d'incapacit é ou d'invalidit é ? (accord é par la S écurit é sociale, les COTOREP, CDAPH ou CDES, l'arm ée, les soci étés d'assurance...)

- Oui Non

Avez-vous une carte d'invalidit é ? (Plusieurs r éponses possibles)

- Oui, j'ai la carte d'invalidit é (couleur orange)
- Oui, j'ai la carte « station debout p énible » (couleur verte) ou la carte « priorit é personne handicap ée » (couleur violette)
- Oui, j'ai la carte nationale de priorit é des invalides du travail (barr ée de bleu ou de rouge)
- Oui, j'ai la carte de pensionn é militaire d'invalidit é (barr ée de bleu ou de rouge)
- Non, je n'ai pas de carte d'invalidit é

Commentaires

Commentaires