



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Phase pilote

Questionnaires

DID

CID



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Phase pilote

Avis concernant la recherche médicale

A propos de vous

1 Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

2 Quelle est votre année de naissance ?

Année : _____

3 Quelle est votre nationalité ?

- Suisse
- Double nationalité (merci de préciser) : _____ et _____
- Nationalité étrangère (merci de préciser) : _____

4 Quelle(s) langue(s) parlez-vous à la maison ?

Plusieurs réponses possibles.

- Français
- Suisse-allemand
- Allemand
- Italien
- Autre (merci de préciser) : _____

5 Depuis quand vivez-vous en Suisse ?

- Depuis la naissance
- Depuis _____ (année(s))

6 Avec qui partagez-vous votre foyer ?

- Je vis seul·e
- Je vis en couple/en famille (y compris par intermittence, par ex. garde partagée)
- Je vis en colocation/dans un logement communautaire
- Autre(s) situation(s)
(merci de préciser) : _____

7 Quel est votre plus haut niveau de formation ?

Veillez cocher une seule case.

- Ecole primaire
- Ecole secondaire
- Maturité gymnasiale
- CFC / Apprentissage / maturité professionnelle
- Formation supérieure: bachelor/diplôme
- Formation supérieure: master/licence
- Formation supérieure : Doctorat/PhD
- Autre (merci de préciser) : _____
- Je ne souhaite pas répondre

8 Quel est approximativement le revenu mensuel net total de votre ménage ?

Une seule réponse possible.

- < CHF 3'000
- Entre CHF 3'000.- et CHF 4'500.-
- Entre CHF 4'500.- et CHF 6'000.-
- Entre CHF 6'000.- et CHF 9'000.-
- Entre CHF 9'000.- et CHF 11'000.-
- > CHF 11'000
- Je ne souhaite pas répondre

9 Informations concernant votre profession :

1 Quelle est votre profession exercée ? _____

2 Quelle est votre profession apprise ? _____

10 Appartenez-vous à une confession religieuse ?

- Oui
Laquelle ?
 - Catholique
 - Protestante
 - Musulmane
 - Juive
 - Autre (merci de préciser) : _____
- Non
- Je ne désire pas répondre à cette question

11 Comment décririez-vous votre état de santé en général ?

Une seule réponse possible.

- Très bon
- Bon
- Moyen
- Mauvais
- Très mauvais

Votre opinion vis-à-vis de la recherche sur la santé

Votre avis à propos de la recherche sur la santé et des questions qu'elle soulève est très précieux pour nous, car nous sommes en train de préparer une étude de santé à l'échelle nationale, et nous souhaiterions connaître l'opinion de la population à ce sujet.

Pour ce faire, nous vous proposons de vous mettre à la place de Madame Martin, une personne inventée. Cela vous permettra de vous représenter plus concrètement comment les choses pourraient se passer si on vous proposait de participer à une telle étude. **Il n'y a pas de réponse juste ou fausse, c'est VOTRE opinion qui compte !**

Madame Martin reçoit un courrier de chercheurs dans le domaine de la santé. Les chercheurs lui demandent si elle est intéressée à participer à une grande étude sur la santé qui devrait permettre de mieux prévenir ou de mieux traiter certaines maladies.

12 Dans cette situation, quelle est votre première impression quand on vous parle de cette étude sur la santé ? De façon générale, ...

- J'y serais très favorable
- J'y serais plutôt favorable
- J'y serais plutôt défavorable
- J'y serais très défavorable
- Je ne me sens pas concerné·e ou cela m'est égal

13 Avez-vous déjà participé à une étude sur la santé ?

- Oui
Si oui, merci de nous donner des détails sur cette étude (le nom de l'étude, son objectif, votre contribution) ?

- Non
- Ne sais pas

Le courrier d'invitation pour participer à l'étude mentionne le nom et le numéro d'une personne de contact. Madame Martin s'informe auprès de cette personne du déroulement d'une telle étude. Elle apprend que cette étude comprend des questionnaires à remplir, ainsi que le prélèvement d'échantillons de sang et d'urine, à effectuer dans un centre d'étude.

14 Dans cette situation, seriez-vous d'accord de participer à une étude impliquant les actions suivantes :

	Oui	Non
1 Répondre à un questionnaire détaillé sur certains facteurs de risque et sur votre santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Vous déplacer dans un centre d'étude pour un examen de santé (par ex. à l'hôpital cantonal ou centre de recherche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Donner un échantillon de sang, d'urine ou de salive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Madame Martin se demande si cette recherche est véritablement utile et de bonne qualité. Elle aimerait savoir si elle risque quelque chose à y participer. La personne de contact l'informe que l'étude a été approuvée par la Commission d'éthique de son canton.

15 Avez-vous déjà entendu parler de la «Commission d'éthique» ?

- Oui, et je peux expliquer
- Oui, mais je ne sais pas exactement ce que cela signifie
- Non

Une commission d'éthique est un groupe d'experts indépendants qui évalue les aspects scientifiques, moraux, sociaux et légaux des projets de recherche. Tout projet de recherche sur l'être humain doit être approuvé au préalable par une commission d'éthique.

16 Dans quelle mesure les aspects suivants favorisent-ils votre confiance en la recherche sur la santé, ou en une étude spécifique ?

	Très	Plus ou moins	A peine/pas du tout
1 Le fait d'être informé-e de façon transparente et compréhensible sur le déroulement de la recherche et ses résultats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 La possibilité de déterminer qui pourrait obtenir mes données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Avoir l'occasion de rencontrer l'équipe de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 L'approbation de l'étude par une commission d'éthique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pouvoir exprimer mon avis concernant le déroulement de l'étude et savoir qu'il sera pris en compte, dans la mesure du possible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Madame Martin accepte de participer à l'étude et signe un formulaire de consentement. En signant, elle accepte de partager avec les chercheurs :

- **Ses données de santé** : ces données sont recueillies à l'aide de questions concernant l'état de santé, le dossier médical et la situation de vie. Ces informations devraient permettre de mieux prévenir et traiter certaines maladies.
- **Un échantillon** de son sang et d'autres liquides biologiques (urines, salive) pour la recherche des mécanismes biologiques de certaines maladies.

Madame Martin aimerait savoir si son nom sera communiqué aux chercheurs et qui aura accès à ses données de santé et à ses échantillons.

Il existe trois options pour traiter le nom et l'identité de Madame Martin pendant une étude :

- a) **Données non-codées** : Les chercheurs connaissent le nom et la date de naissance des participants et tout comme les médecins, ils sont soumis au secret médical.
- b) **Données codées** : Les chercheurs ne savent pas à qui appartiennent les données ou le sang qu'ils analysent. Cependant, dans l'intérêt de Madame Martin (p.ex. lors de résultats importants pour sa santé), on peut décoder les données. Ceci ne peut se faire qu'avec le consentement préalable de Madame Martin.
- c) **Données anonymes** : Les chercheurs ne savent pas à qui appartiennent ces données ou ce sang et ils n'ont aucun moyen de déterminer quels données et échantillons proviennent de Madame Martin. Ils ne peuvent pas donner d'information concernant ses données personnelles à Madame Martin ou seulement au prix d'efforts exceptionnels.

17 Partageriez-vous vos données de santé sous la forme suivante ?

	Oui	Peut-être	Non
1 Sous forme non-codée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sous forme codée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sous forme anonyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Partageriez-vous vos échantillons biologiques (sang, urine, salive) sous la forme suivante ?

	Oui	Peut-être	Non
1 Sous forme d'échantillons non-codés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sous forme d'échantillons codés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Sous forme d'échantillons anonymes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La personne de contact explique à Madame Martin que l'étude de santé à laquelle on lui propose de participer comporte une partie dédiée à la génétique (l'étude des gènes). Madame Martin est informée que les tests génétiques ne sont pertinents pour sa santé que dans de rares cas et que seul un petit nombre de maladies ont une explication purement génétique. D'autres facteurs, tels que l'environnement et le style de vie peuvent également influencer leur développement. Cependant, elle apprend que les analyses génétiques sont utiles pour mieux comprendre l'émergence de ces maladies.

19 Dans cette situation, quelle est votre première impression quand on vous parle de recherche en génétique ?

- J'y suis très favorable
- J'y suis plutôt favorable
- J'y suis plutôt défavorable
- J'y suis très défavorable
- Je ne me sens pas concerné·e par la recherche génétique ou cela m'est égal

20 Si on vous le proposait, seriez-vous prêt·e à participer à une étude de recherche génétique ?

- Oui
- Non (merci d'en préciser la ou les raisons) : _____
- Je ne sais pas

Madame Martin accepte de fournir un tube de sang aux chercheurs. Pour l'étude en question, seule une partie de l'échantillon est analysée de suite, le reste est conservé dans une « biobanque » pour des recherches futures.

21 Avez-vous déjà entendu parler de biobanque ?

- Oui et je peux expliquer ce que c'est
- Oui, mais je ne sais pas ce que cela signifie
- Non

Une biobanque est un lieu pour conserver et gérer des échantillons biologiques (p.ex sang, urine, salive) et les données associées. Les échantillons des participant·e·s sont ainsi stockés (de façon anonyme) pendant plusieurs années et mis à disposition pour la recherche scientifique. Analyser un tel ensemble d'échantillons permet de mieux comprendre les facteurs impliqués dans l'évolution de la santé des individus. Plus le nombre d'échantillons élevé, plus les possibilités de comprendre les liens entre facteurs de risque et maladies sont grandes.

22 Seriez-vous favorable à la création d'une biobanque nationale pour la recherche en Suisse ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout
- Je ne sais pas

Madame Martin accepte que son sang soit conservé dans une biobanque avec les données de santé recueillies dans le centre d'étude. La personne de contact explique à Madame Martin que c'est elle qui donne son accord (consentement) aux différents modes d'utilisation des échantillons et des données associées. Pour ceci, elle signe une déclaration de consentement qui peut prendre diverses formes. On indique aussi à Madame Martin qu'elle peut changer d'avis et retirer à tout moment son accord pour l'utilisation de son sang et des données associées.

Il existe plusieurs formes de consentement :

Consentement général : Madame Martin peut donner son accord une seule fois, ce qui permet aux équipes de recherche d'utiliser les échantillons de sang pour tout projet de recherche qui aura été validé par une commission d'éthique.

Consentement spécifique : Madame Martin peut être recontactée pour chaque nouveau projet de recherche, afin de pouvoir décider si oui ou non elle accepte que ses échantillons de sang soient utilisés.

Consentement dynamique : Madame Martin peut décider au moment de la prise de sang, pour quel(s) type(s) de projets de recherche, ses échantillons de sang peuvent être utilisés. De plus, cette possibilité lui permet de modifier ses préférences au cours du temps.

23 Dans la situation d'une grande étude nationale de santé, quelle forme de consentement donneriez-vous ?

En tenant compte du fait que vous pourriez retirer ou modifier votre permission à tout moment et exiger que vos échantillons soient détruits.

- Consentement général
- Consentement spécifique
- Consentement dynamique
- Je ne souhaite pas donner des échantillons de sang (urines, salive) pour une biobanque
- Je ne sais pas

La personne de contact informe également Madame Martin que la mise en place d'un « dossier électronique du patient » a été instauré en Suisse récemment. Ceci permet aux patients de collecter et centraliser leurs données médicales et de les gérer eux-mêmes.

24 Avez-vous déjà entendu parler du dossier électronique du patient ?

- Oui et je peux expliquer ce que cela implique
- Oui, mais je ne sais pas exactement ce que cela implique
- Non

Le dossier électronique du patient est le rassemblement d'informations personnelles, de données et de documents relatifs à la santé d'une personne sur une plateforme Internet sécurisée. Ces informations peuvent être consultées en tout temps par du personnel médical, selon le consentement de l'individu concerné. Le dossier électronique du patient pourrait aider les chercheurs d'une étude de santé à comprendre le lien entre une maladie actuelle ou future et certaines substances détectées dans les échantillons.

25 Pouvez-vous envisager d'ouvrir un dossier électronique du patient ?

- J'ai déjà un dossier électronique
- Oui
- Non
- Je ne sais pas

26 En ce moment, l'utilisation pour la recherche du dossier électronique du patient n'est pas prévue. Toutefois, si vous aviez un dossier électronique du patient seriez-vous d'accord de donner accès à des informations de ce dossier à des chercheurs ?

(En tant que patient-e vous déterminez quelles informations)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Disposition à participer à une étude sur la santé à long terme

Il existe différentes formes de recherche sur la santé, et nous souhaiterions avoir votre avis au sujet des études à long terme (aussi appelées « études de cohorte longitudinale »), dans lesquelles les participant·e·s sont suivi·e·s sur une longue durée (questionnaires, visites médicales) afin d'observer l'évolution de leur état de santé. Pourquoi une personne tombe malade, alors qu'une autre reste en bonne santé ? Qu'est-ce qui favorise l'apparition d'une maladie ? Quel rôle jouent l'environnement, le contexte social, l'alimentation, ou les prédispositions génétiques ?

Ce sont à ces questions que les études à long terme visent à répondre, afin d'améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies. Là encore, votre avis est très précieux car ainsi vous nous aidez à mettre en place en Suisse une nouvelle étude à long terme, l'Etude suisse sur la santé.

27 Seriez-vous prêt·e à participer à une étude à long terme ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

Pour quelles raisons : _____

28 Par quel biais aimeriez-vous être contacté·e en premier lieu pour participer à une étude à long terme ?

Veillez cocher toutes les options qui entrent en ligne de compte.

- Par courrier postal
- Par téléphone
- Par internet (email, média sociaux, etc.)
- Par une visite à domicile de l'équipe de recherche
- Chez votre médecin
- A la pharmacie
- A l'hôpital
- Autre(s) possibilité(s) : _____

29 Dans le cas où vous auriez accepté de participer à une étude à long terme, par quel biais souhaiteriez-vous répondre aux questions de l'étude ?

Veillez cocher toutes les options qui entrent en ligne de compte.

- Par écrit (avec un formulaire)
- Par téléphone (lors d'une interview)
- En ligne par internet
- Par un entretien personnel à votre domicile
- Par un entretien personnel dans un centre d'étude
- Sur votre Smartphone (téléphone mobile) via une application
- Autre(s) possibilité(s) : _____

30 Qu'est-ce qui vous motiverait à participer à une étude à long terme, et à donner pour cela de votre temps, des informations et le cas échéant du sang (ou d'autres échantillons biologiques) ? Parce que...

Veillez cocher toutes les options qui entrent en ligne de compte.

- Je souhaite contribuer aux progrès de la médecine
- Je souhaite contribuer à l'amélioration de la santé d'autres personnes
- Je m'intéresse à la recherche et à la santé
- Je bénéficie d'un check-up médical gratuit
- Je suis intéressé·e à connaître les résultats de l'étude
- Je suis fier·e de participer à une étude importante en Suisse
- Je suis motivé·e par une rémunération financière
- Je suis motivé·e par de petits cadeaux (par ex. Chèque REKA, bons pour un voyage)
- Autre(s) possibilités(s) : _____
- Aucune raison ne me motiverait

31 Pour quelles raisons refuseriez-vous de prendre part à une étude à long terme ?
Parce que

Veillez cocher toutes les options qui entrent en ligne de compte.

- Je ne suis pas intéressé·e du tout
- Je n'ai pas le temps
- Je n'aurais le temps de participer qu'en soirée ou le week-end
- Je ne bénéficierai jamais personnellement des résultats
- Je suis défavorable à la recherche en santé
- Je ne pense pas que cela puisse améliorer la santé de la population
- Je ne souhaite pas me déplacer pour une visite dans le centre d'étude
- Je ne souhaite pas partager mes données de santé
- Je ne souhaite pas donner du sang (ou d'autres échantillons biologiques)
- Je crains que mes données ne soient pas protégées correctement
- Je crains que ma contribution soit utilisée à mauvais escient (par ex. par les assurances maladies, l'employeur, ..)
- Je crains que ma contribution serve les intérêts privés de l'industrie pharmaceutique
- Autre(s) possibilité(s): _____
- Je ne refuserais pas

32 Quels types d'échantillons biologiques seriez-vous d'accord de donner dans le cadre d'une étude à long terme ? Tous ont leur importance pour la recherche.

Veillez cocher toutes les options qui entrent en ligne de compte.

- Salive
- Cheveux
- Urine
- Sang
- Selles
- Matériel génétique (ADN) (p.ex. à partir d'un échantillon de sang ou de salive)
- Aucun

33 **Quels types d'examens seriez-vous d'accord de passer dans le cadre d'une étude à long terme ?**

Veillez cocher toutes les options qui entrent en ligne de compte.

- Mesures corporelles simples (par ex. taille, poids, tour de taille, circonférence du bras,...)
- Mesures des fonctions corporelles (par ex. tension artérielle, densité osseuse, électrocardiogramme,..)
- Port de petits appareils de mesure (par ex. tension artérielle sur 24h, mesure de l'activité physique pendant 1 semaine,...)
- Test de capacité physique (par ex. test à l'effort, capacité pulmonaire, test de mobilité, ...)
- Imagerie médicale (par ex. ultra-sons, résonance magnétique IRM)
- Questionnaires sur des thèmes particuliers (par ex. alimentation, utilisation de produits chimiques)
- Bilans sanguins
- Analyses sensorielles (vue, ouïe, odorat, goût)
- Tests cognitifs (par ex. mémoire)
- Récolte d'urine pendant 24 h à la maison avec transport organisé jusqu'au centre d'étude
- Récolte d'une goutte de sang sur papier buvard à la maison (appareil fourni) et envoyée par la poste (par enveloppe-réponse préaffranchie)
- Récolte de selles à la maison (système de collecte simple et hygiénique) avec transport organisé jusqu'au centre d'étude
- Récolte d'échantillons au centre de recherche dans votre région
- Divers tests diagnostic (par ex. test allergies, diabète, ...)

34 **Tous ces examens peuvent donner des informations importantes pour votre santé, certaines maladies ayant des possibilités de traitement ou de prévention, d'autres pas directement. Quels types de résultats seriez-vous intéressé-e à connaître, si possible ?**

	Oui	Non
1 Les résultats d'un check-up médical simple réalisé pendant votre visite au centre d'étude (une hypertension artérielle, une suspicion de diabète, et des analyses de laboratoires simples, comme par ex. un taux de cholestérol élevé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Les résultats de votre exposition à votre environnement (par ex. pesticides, composés plastiques, métaux lourds)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Les résultats d'analyses génétiques qui permettent de prévenir une maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Les résultats d'analyses génétiques qui permettent de traiter une maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Les résultats d'analyses génétiques, qui peuvent avoir des répercussions pour vos (éventuels futurs) enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35 Comment souhaiteriez-vous que ces résultats vous soient communiqués ?

Veillez cocher toutes les options qui entrent en ligne de compte.

- Je ne souhaite pas recevoir les résultats
 - Je souhaite recevoir les résultats
- Merci de préciser :

	Résultats d'examens et d'analyses (sauf analyses génétiques)	Résultats d'analyses génétiques
1 Par courrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Par e-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Par téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Lors d'une consultation médicale avec mon généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Lors d'une visite de l'équipe de recherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le but de la présente étude à long terme est notamment de comprendre l'influence de l'environnement sur la santé, par ex. la pollution par les pesticides, des plastiques ou du bruit, de même que nos habitudes de vie (par ex. alimentation, activité physique).

36 A votre avis, quelle est l'importance d'étudier les effets possibles de l'environnement sur la santé ?

- Très important
- Assez important
- Peu important
- Pas important du tout
- Je ne me sens pas concerné·e par cette question/cela m'est égal

Pour certaines études de recherche, des collaborations sont souhaitables, car elles peuvent améliorer les réponses obtenues grâce à la contribution d'autres chercheurs, de la mise en commun de plusieurs jeux de données, ou par l'apport de financements supplémentaires permettant d'effectuer des analyses additionnelles. Les données de santé des participants et/ou les échantillons biologiques d'une biobanque peuvent alors potentiellement être partagés avec des chercheurs d'autres institutions que celle qui a mené la recherche en premier lieu, en Suisse ou à l'étranger. L'échange de données se fait avec l'accord du participant uniquement et dans le respect des dispositions légales suisses, notamment en matière de protection des données.

37 **Quels chercheurs ou institutions autoriseriez-vous à utiliser vos données et échantillons biologiques pour la recherche ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Chercheurs des universités ou cliniques de Suisse
- Chercheurs des universités et cliniques de l'étranger
- Chercheurs des offices fédéraux (chercheurs subventionnés par l'Etat)
- Chercheurs d'organisations sans but lucratif (par ex. Ligue contre le cancer)
- Chercheurs de l'industrie pharmaceutique
- Chercheurs de l'industrie agroalimentaire
- Chercheurs de l'industrie du fitness
- Je ne voudrais pas partager mes échantillons biologiques avec des chercheurs

38 **Pendant une étude à long terme, autoriseriez-vous que les chercheurs en charge de l'étude demandent l'accès aux données vous concernant auprès des sources suivantes ?**

Tout en sachant que pour la phase pilote à l'Etude suisse sur la santé aucun lien n'est fait.

	Oui	Peut-être	Non
1 Généraliste / médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Spécialistes (gynécologue, dermatologue, ophtalmologue...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 D'autres partenaires médicaux (pharmacien, infirmière à domicile, établissement médico-social (EMS))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Hôpital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Banque de données d'institution ou d'organisation médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Registre de santé et de diagnostic (par ex. Registre des tumeurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'origine d'une maladie est souvent complexe et plusieurs facteurs peuvent entrer ligne de compte. Afin de pouvoir étudier les origines d'une maladie, tout facteur ayant une influence sur la santé doit être répertorié. Pour cette raison, les questionnaires d'une étude à long terme peuvent être relativement longs, ils peuvent toutefois être complétés en plusieurs étapes.

39 **Combien de temps, approximativement, seriez-vous prêt-e à consacrer pour répondre au questionnaire sur votre santé et vos habitudes de vie (papier ou online) ?**

- 4 heures ou plus
- De 2 à 4h
- De 1 à 2h
- Moins d'1h
- Je ne sais pas / cela dépend des questions

La visite dans le centre d'étude sert à faire un bilan détaillé de l'état de santé d'une personne. De nombreux paramètres et symptômes de maladies potentielles doivent être répertoriés. La visite dans le centre d'étude peut donc durer un certain temps selon le détail des examens.

40 **Combien de temps seriez-vous prêt-e à investir pour un examen de santé dans un centre de recherche pour une étude à long terme (temps de trajet, examen de santé, prise d'échantillons biologiques) ?**

- Une journée
- Une demi-journée
- Entre une et deux heures
- Je ne sais pas

41 **Dans certaines études, les participant-e-s sont impliqué-e-s dans des décisions concernant l'étude. Quelle est votre opinion ?**

- Je ne souhaite pas être impliqué-e
- Je souhaiterais être informé-e régulièrement par exemple au moyen d'une newsletter
- Je souhaiterais exprimer mon opinion au sujet des décisions concernant l'étude
- Je souhaiterais participer activement à l'élaboration de l'encadrement de la recherche dans un groupe de discussion
- Je ne sais pas
- J'aimerais contribuer d'une autre façon
(merci de préciser) : _____

42 Seriez-vous intéressé·e à être impliqué·e dans les décisions concernant cette étude dans le cadre d'un groupe de discussion organisé par l'équipe de recherche ?

- Oui
- Non

42.1 Si vous voulez faire partie d'un tel groupe, merci de nous laisser un contact :

Remarques

- 43 Si vous souhaitez nous faire part de vos souhaits, commentaires, suggestions ou critiques, vous pouvez le faire ici.

**Merci
beaucoup!**



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Phase pilote

Historique médical

Historique médical

Historique pour chaque maladie demandée (maladie actuelle ou passée)

Groupe de maladies	← Historique pour chaque maladie demandée (maladie actuelle ou passée) →						
	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
<i>Exemple de remplissage</i>	Cette maladie vous a-t-elle été diagnostiquée par un médecin ?	En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?	Prenez-vous actuellement un traitement pour cette maladie ?	Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?	Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?	Avez-vous été hospitalisé pour cette maladie ?	Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?
A Maladie 1	<input checked="" type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 9 8 5	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
B Maladie 2	<input checked="" type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	2 0 0 9	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12
C Maladie 3	<input type="checkbox"/> Oui → <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12

! Lorsque vous avez reçu un diagnostic pour la maladie indiquée (« **Oui** »), veuillez **répondre aux questions suivantes en allant vers la droite du tableau** : vos réponses sont essentielles même si elles sont approximatives.

! Lorsque vous n'avez pas reçu de diagnostic (« **Non** ») ou si vous ne savez pas (« **Je ne sais pas** »), veuillez **ne pas remplir les questions de la zone gris clair (voir exemple au dessus)**.

MALADIES MUSCULOSQUELETTIQUES

	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
1 <i>Douleurs de dos quotidiennes depuis au moins 3 mois</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 <i>Ostéoporose</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 <i>Arthrose</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

MALADIES PULMONAIRES

	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
4 Asthme	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
5 Bronchite chronique	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
6 Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
7 Emphysème pulmonaire	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
8 Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
9 Pneumonie	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
10 Autre maladie pulmonaire : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

Si vous avez déjà eu de l'asthme (même non diagnostiqué par un médecin), veuillez répondre aux questions Z 4.1 et Z 4.2.

Z 4.1 Avez-vous eu une ou plusieurs crise(s) d'asthme au cours des 12 derniers mois ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Z 4.2 Si oui, combien de crises avez-vous eues au cours des 12 derniers mois ?
Indiquez un nombre même approximatif.

--	--	--

Crise(s) d'asthme

Z 4.3 Prenez-vous actuellement des médicaments (également produits d'inhalation, aérosols, comprimés) contre l'asthme ?
Veuillez ne cocher qu'une réponse.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si vous avez eu une pneumonie au cours des 12 derniers mois, veuillez répondre aux questions Z9.1 à Z9.4.

Z 9.1 Quelle était l'origine de la pneumonie ?
Veuillez ne cocher qu'une réponse.

- Nouveau coronavirus
- Virale (autre que coronavirus)
- Légionellose/maladie du légionnaire
- Bactérienne (autre que légionellose)
- Je ne sais pas

Z 9.2 Avez-vous été testé-e pour la légionellose/maladie du légionnaire au cours des 12 derniers mois ? Si oui, merci de répondre aux questions ci-dessous par rapport à la date, au résultat et au type de test.

- Oui →
- Non
- Je ne sais pas

Date du test	Résultat	Type de test
<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; font-size: small;"> J J M M A A </div>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non concluant	<input type="checkbox"/> Test d'antigène dans l'urine <input type="checkbox"/> Détection par culture après frottis/crachat <input type="checkbox"/> Test génomique (PCR) après frottis/crachat <input type="checkbox"/> Analyse sérologique dans le sang <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; font-size: small;"> J J M M A A </div>	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non concluant	<input type="checkbox"/> Test d'antigène dans l'urine <input type="checkbox"/> Détection par culture après frottis/crachat <input type="checkbox"/> Test génomique (PCR) après frottis/crachat <input type="checkbox"/> Analyse sérologique dans le sang <input type="checkbox"/> Je ne sais pas

Z 9.3

Si vous avez eu la légionellose, la source de contamination a-t-elle été recherchée ?

Veillez ne cocher qu'une réponse.

- Oui, avec succès (merci de préciser la source de contamination)
- Oui, mais sans succès
- Non
- Je ne sais pas

Z 9.4

Si la source de contamination a été recherchée (oui à Z9.3), qui a mené les recherches sur la source de contamination ?

Veillez ne cocher qu'une réponse.

- Le médecin traitant
- Le médecin cantonal
- Vous-même
- Autre (merci de préciser)
- Je ne sais pas

MALADIES DE PEAU		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
11	<i>Dermatite atopique (neurodermatite) ou eczéma</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
12	<i>Psoriasis</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
13	<i>Acné sévère</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

MALADIES ALLERGIQUES		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
14	<i>Rhume des foins</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
15	<i>Autre rhume allergique</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
16	<i>Allergie aux piqûres d'insectes (abeille, guêpe, bourdon, frelon)</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

MALADIES ALLERGIQUES		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
17	Allergie aux acariens (à la poussière)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
18	Allergie aux poils d'animaux	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
19	Allergies de contact (latex, nickel, parfums,...)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
20	Sinusite chronique	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
21	Allergie alimentaire (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
22	Intolérance alimentaire (précisez) : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
23	Autre allergie : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

MALADIES INFECTIEUSES		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
24	Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou SIDA	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25	Hépatite B	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
26	Hépatite C	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27	Tuberculose	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
28	Zona	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
29	Virus Epstein-Barr (EBV, mononucléose)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
30	Borreliose (maladie de Lyme)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
31	Autre infection chronique : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

MALADIES CARDIAQUES		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
32	Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
33	Angine de poitrine, maladie coronarienne	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
34	Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
35	Troubles du rythme cardiaque (pacemaker)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
36	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
37	Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

Si vous avez déjà eu une crise cardiaque, veuillez répondre aux questions Z 32.1 à Z 32.3.

Z 32.1 **Combien de crise(s) cardiaque(s) avez-vous eue(s) ?**

Crise(s) cardiaque(s)

Z 32.2 **A quel âge avez-vous eu votre première crise cardiaque ?**

Ans

Z 32.3 **A quel âge avez-vous eu votre dernière crise cardiaque ?**

Ans

CANCERS

	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
38 Poumon	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
39 Côlon	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
40 Seins	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
41 Femmes : col de l'utérus	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
42 Hommes : prostate	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
43 Leucémie	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
44 Peau / Mélanome	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

CANCERS		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
45	<i>Autre cancer :</i> _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
46	<i>Autre cancer :</i> _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

TROUBLES DU METABOLISME		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
47a	<i>Diabète sucré de type I</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
47b	<i>Diabète sucré de type II</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

47c	<i>Diabète gestationnel (pendant la grossesse)</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
-----	--	---	----------------------	---	---	----------------------	---	----------------------

TROUBLES DU METABOLISME		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
48	Augmentation des lipides sanguins, du cholestérol ou des triglycérides	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
49	Goutte	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
50a	Hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
50b	Hypothyroïdie	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
50c	Autre trouble thyroïdien : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

Si vous avez du diabète, veuillez répondre aux questions Z 47.1 à Z 47.3

Z 47.1

Comment êtes-vous traité actuellement (en prenant en compte les injections d'insuline et les pompes à insuline) ?

Une seule réponse possible.

- Insuline uniquement
- Comprimés uniquement
- Insuline et comprimés
- Traitement diététique uniquement
- Autre traitement
- Je ne prends pas de traitement
- Je ne sais pas

Z 47.2

Si vous prenez de l'insuline, depuis quel âge êtes-vous sous traitement ?

Indiquez un âge même approximatif.

Ans

Z 47.3

Souffrez-vous de complications liées à un diabète ?

Plusieurs réponses possibles.

- Rétinopathie, lésion de la cornée
- Cécité
- Protéines dans les urines
- Défaillance ou insuffisance rénale
- Traitement par dialyse ou transplantation rénale
- Pied diabétique (mauvaise cicatrisation de blessures)
- Amputations (orteil, pieds, jambe)
- Je ne sais pas

 Aucune de ces maladies ou complications

**MALADIES DES REINS,
DU FOIE, DE L'ESTOMAC,
DES INTESTINS**

	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
51 <i>Ulcère gastrique ou duodéal</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
52 <i>Brûlures d'estomac ou remontées gastriques</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
53 <i>Inflammation intestinale (ex. rectocolite ulcéreuse ou maladie de Crohn)</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
54 <i>Calculs biliaires</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
55 <i>Cirrhose du foie</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
56 <i>Calculs rénaux, dans l'uretère ou la vessie</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
57 <i>Atteinte de la fonction rénale (ex. insuffisance rénale chronique)</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

Si vous avez déjà eu une insuffisance rénale, veuillez répondre à la question suivante.

Z 57.1

Avez-vous déjà été dialysé-e ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

MALADIES NEUROLOGIQUES ET PSYCHIQUES		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
58	Attaque cérébrale	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
59	Epilepsie	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
60	Migraines	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
61	Syndrome de Parkinson	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

MALADIES NEUROLOGIQUES ET PSYCHIQUES

	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
62 <i>Dépression</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
63 <i>Troubles anxieux ou crise de panique</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
64 <i>Troubles alimentaires</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
65 <i>Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H)</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
66 <i>Démence ou Alzheimer</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

Si vous avez ou avez eu des troubles alimentaires, veuillez répondre à la question suivante (Z 64.1)

Z 64.1 De quel type de trouble alimentaire est-il ou était-il question ?

- Anorexie
- Boulimie
- Binge-Eating
- autres _____

MALADIES FEMININES

	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
67	Syndrome des ovaires polykystiques (Syndrome de Stein-Leventhal) <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
68	Endométriose <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
69	Myome utérin (tumeur bénigne) <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
70	Prolapse utérin (ou descente de l'utérus) <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
71	Infection à Papillomavirus ou HPV (au niveau du col de l'utérus) <input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

MALADIES OCULAIRES

	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
72 Cataracte	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
73 Glaucome	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
74 Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
75 Autre maladie oculaire : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

MALADIES AUDITIVES

	Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
76 <i>Acouphènes</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
77 <i>Perte auditive</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
78 <i>Troubles de l'audition</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
79 <i>Troubles de l'équilibre / Vertiges</i>	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

AUTRES MALADIES ET MALADIES RARES		Diagnostic de la maladie	Année du diagnostic	Traitement actuel	Suivi médical	Consultations médicales sur les 12 derniers mois	Hospitalisation	Séjour hospitalier sur les 12 derniers mois
80	Arthrite rhumatoïde / Polyarthrite	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
81	Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
82	Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
83	Malformation congénitale	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
84	Autre maladie 1 : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>
85	Autre maladie 2 : _____	<input type="checkbox"/> Oui → <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	<input type="text"/>

Si vous avez une malformation congénitale, veuillez répondre à la question suivante (Z 83.1) :

Z 83.1

De quel type de malformation congénitale s'agit-il ?

- Malformations du système musculo-squelettique (par ex., pied bot, dysplasie de la hanche)
- Malformations du système génito-urinaire interne (par ex. malformation rénale)
- Malformations cardio-vasculaires
- Malformations du système digestif
- Malformations du système nerveux central (par ex. non-fermeture du tube neural)
- Malformations du système génito-urinaire externe (par ex. hypospadia)
- Fente faciales (par ex. fente labiale et/ou palatine)
- Aberrations chromosomiques
- Malformations des oreilles
- Malformations des yeux
- Malformations mineures de la morphogenèse (par ex., pli palmaire unique, non-fermeture des muscles grand droits, excès ou fusion du nombre de doigts ou d'orteils, hémangiomes, nævus, ...)
- Autres

Santé générale

86

Souffrez-vous actuellement d'une maladie ou un problème de santé qui n'a pas été diagnostiqué par un médecin ?

Non

Oui, merci de préciser:

87

Dans quelle mesure chacune des affirmations suivantes est-elle valable dans votre cas ?

Une seule réponse possible par ligne.

Ces 12 derniers mois, vous êtes-vous ou avez-vous eu...	Non	Oui	Je ne sais pas
1. à un moment quelconque, un sifflement respiratoire au niveau de la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. essoufflé·e lorsque le sifflement respiratoire était audible ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. un sifflement respiratoire alors que vous n'aviez pas de refroidissement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. réveillé·e avec une sensation d'oppression dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. déjà réveillé·e par une quinte de toux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ressenti un essoufflement anormal à la suite d'une activité physique soutenue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. réveillé·e la nuit par un essoufflement anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. un essoufflement anormal survenu au repos pendant la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quel âge aviez-vous lors de votre premier essoufflement anormal survenu au repos pendant la journée ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans

Toux sèche*Une seule réponse possible par ligne.*

		Non	Oui	Je ne sais pas
1.	En hiver, tousez-vous habituellement le matin en vous levant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	En hiver, tousez-vous habituellement pendant la journée ou la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Toussez-vous ainsi la plupart des jours au moins 3 mois par année? (Si non, veuillez passer à la question suivante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Depuis combien d'années?			
	<input type="checkbox"/> Moins de 2 ans			
	<input type="checkbox"/> 2 ans ou plus			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nombre d'années

Expectoration (toux grasse avec mucosité/crachats)*Une seule réponse possible par ligne.*

		Non	Oui	Je ne sais pas
1.	En hiver, crachez-vous habituellement le matin juste après le réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	En hiver, crachez-vous habituellement pendant la journée ou la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Crachez-vous ainsi la plupart des jours pendant au moins 3 mois par année ? (Si non, veuillez passer à la question suivante)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Depuis combien d'années ?			
	<input type="checkbox"/> Moins de 2 ans			
	<input type="checkbox"/> 2 ans ou plus			
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nombre d'années

90

Veillez indiquer le nombre de fois où vous avez eu les symptômes suivants au cours des 12 derniers mois.

*Si, au cours des 12 derniers mois, vous avez eu 3 fois un rhume et 1 fois une otite, cela compte pour 4 infections en tout, répondez alors « 3-4 fois ». Un épisode infectieux durant plusieurs jours consécutifs compte pour 1 événement.
Une seule réponse possible par ligne.*

Ces 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous souffert de...	Jamais	1 fois	2 fois	3-4 fois	5-6 fois	Plus de 6 fois
1. fièvre au-dessus de 38°C ?	<input type="checkbox"/>					
2. une infection des voies respiratoires supérieures (ex. rhume, sinusite, otite, infection des amygdales, angine, laryngite) ?	<input type="checkbox"/>					
3. une infection des voies respiratoires inférieures (ex. bronchite ou pneumonie) ?	<input type="checkbox"/>					
4. une infection gastro-intestinale avec diarrhée (la diarrhée est caractérisée par la survenue de selles non moulées (liquides) au moins 3 fois en 24h) ?	<input type="checkbox"/>					
5. une infection urinaire (cystite) ?	<input type="checkbox"/>					

91

Etes-vous sujet à des douleurs ou des périodes d'inconfort ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

92

Prenez-vous régulièrement des anti-douleurs ?

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Très rarement (moins d'une fois par mois)
- Rarement (1 à 2 fois par mois)
- Parfois (moins d'une fois par semaine)
- Souvent (1 à 5 fois par semaine)
- Tous les jours

93

Avez-vous une allergie ou une intolérance alimentaire ?

- Non, je n'en ai pas
- Oui. Si oui, lesquels ? *Plusieurs réponses possibles*
- Lactose
- Gluten
- Autres : _____

94

Avez-vous ou avez-vous eu les complications suivantes liées à des tatouages ou des piercings ?*Une seule réponse possible.*

- Je n'ai ni tatouage ni piercing
- J'ai des tatouages ou des piercings, mais je n'ai jamais eu de complications
- J'ai une inflammation occasionnelle
- J'ai une inflammation chronique
- J'ai eu une réaction allergique au tatouage ou au piercing

Sommeil

95

Durant les quatre dernières semaines, est-ce que vous avez bien dormi ?*Une seule réponse possible.*

- Très bien
- Bien
- Assez bien
- Mal
- Très mal
- Je ne sais pas

96

Combien d'heures par nuit avez-vous effectivement dormi au cours des quatre dernières semaines ?*Ne prenez pas en compte le temps passé au lit sans dormir.***Temps de sommeil effectif par nuit :**

1. Heures pendant la semaine (Dim–Jeu) par nuit
2. Heures pendant le weekend (Ven–Sa) par nuit

97

A quelle fréquence avez-vous l'habitude de faire la sieste ?*Une seule réponse possible.*

- Jamais
- Moins d'une fois par semaine
- 1 à 4 fois par semaine
- 5 ou 6 fois par semaine
- Tous les jours

98

Combien de temps dure habituellement votre sieste ?*(Merci d'inscrire « 0 » si vous ne faites pas de sieste)*

--	--	--

 minutes

Stress

99

Vous sentez-vous stressé·e en ce moment ?*(1 = pas de stress, 6 = stress extrême)**Une seule réponse possible.*

Pas de stress

Stress extrême

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <input type="checkbox"/> |

100

Au cours de la dernière année, avez-vous été stressé·e à la maison ?*(1 = pas de stress, 6 = stress extrême)**Une seule réponse possible.*

Pas de stress

Stress extrême

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <input type="checkbox"/> |

101

Au cours de la dernière année, avez-vous été stressé·e au travail ?*(1 = pas de stress, 6 = stress extrême)**Une seule réponse possible.*

Pas de stress

Stress extrême

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <input type="checkbox"/> |

102

Est-ce que vous parvenez à garder un équilibre satisfaisant entre vos activités professionnelles et votre vie privée (famille, conjoint, amis) ?

(1= pas du tout satisfaisant, 6=tout à fait satisfaisant)

Une seule réponse possible.

Pas du tout satisfaisant

Tout à fait satisfaisant

1

2

3

4

5

6

103

Sur une échelle de 1 à 6, comment jugez-vous votre capacité à gérer le stress ?

(1 = je gère très bien mon stress, 6 = je n'arrive pas du tout à gérer mon stress)

Une seule réponse possible.

Je gère très bien mon stress

Je n'arrive pas du tout à gérer mon stress

1

2

3

4

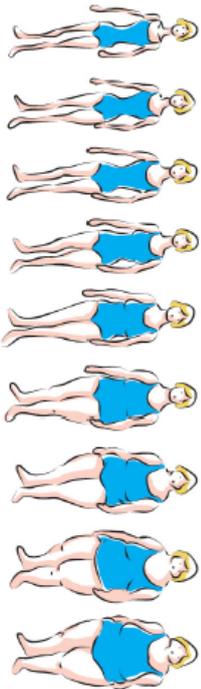
5

6

Perception corporelle

Pour femmes

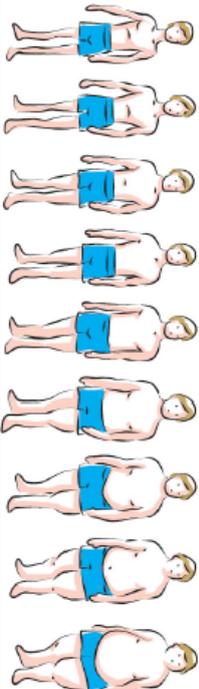
Laquelle de ces corpulences vous décrit le mieux aux âges ci-après? (si vous hésitez entre deux corpulences, cochez les deux)



Actuellement										
Quand vous aviez 8 ans										
Quand vous avez eu vos premières règles										
Quand vous aviez 30 ans (Veuillez laisser en blanc si vous n'avez pas encore 30 ans)										
Quand vous aviez 45 ans (Veuillez laisser en blanc si vous n'avez pas encore 45 ans)										
Quand vos règles ont cessé (Par "cessé", nous entendons l'absence de règles au cours des 12 derniers mois; Veuillez laisser en blanc si vous avez toujours vos règles)										
Quand vous aviez 60 ans (Veuillez laisser en blanc si vous n'avez pas encore 60 ans)										

Pour hommes

Laquelle de ces corpulences vous décrit le mieux aux âges ci-après? (si vous hésitez entre deux corpulences, cochez les deux)



Actuellement										
Quand vous aviez 8 ans										
Quand vous aviez 30 ans (Veuillez laisser en blanc si vous n'avez pas encore 30 ans)										
Quand vous aviez 45 ans (Veuillez laisser en blanc si vous n'avez pas encore 45 ans)										
Quand vous aviez 60 ans (Veuillez laisser en blanc si vous n'avez pas encore 60 ans)										
Quelle était la corpulence de votre père quand il avait une trentaine d'années?										
Quelle était la corpulence de votre père quand il avait une soixantaine d'années?										
Quelle était la corpulence de votre grand-père maternel quand il avait une soixantaine d'années?										
Quelle était la corpulence de votre grand-père paternel quand il avait une soixantaine d'années?										

Opérations

105 **Avez-vous subi l'une des opérations suivantes ?**
Veillez cocher lorsque l'opération a eu lieu.
Plusieurs réponses possibles.

- Je n'ai encore **jamais** eu d'opération
- Chirurgie des valves cardiaques
- Angioplastie coronarienne (PTCA) avec ou sans pose de stent
- Pontage aorto-coronarien
- Pose d'un pacemaker
- Dilatation par ballon d'une veine d'une jambe avec ou sans pose de stent
- Pontage de l'artère périphérique de la jambe
- Chirurgie de l'artère carotide
- Opération rachidienne (ex. hernie discale, sciatique)
- Opération du genou
- Prothèse du genou
- Opération de la main ou du bras (ex. opération du canal carpien)
- Opération de l'épaule
- Opération de la cheville ou du pied (Hallux valgus)
- Opération de la hanche
- Prothèse de hanche
- Opération de l'appendice
- Opération de la rate
- Opération de la gorge ou des amygdales
- Thymus
- Opération de polypes dans les sinus paranasaux
- Opération de la vésicule biliaire
- Opération de la thyroïde
- Opération utérine (femme)
- Opération ovarienne (femme)
- Opération sein gauche
- Opération sein droit
- Opération de la prostate (homme)
- Autre, laquelle ? _____

Utilisation des services médicaux

106

Avez-vous un médecin de famille (médecin généraliste) ?

Une seule réponse possible.

- Non (passez directement à la question 108)
- Oui
- Je ne sais pas

107

Combien de fois avez-vous consulté votre médecin de famille au cours des 12 derniers mois?

Indiquez un nombre même approximatif.

--	--	--

fois

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté les spécialistes de la liste suivante ?

Veillez prendre en compte les visites dans un cabinet ou un centre de prévention médical (même si le médecin lui-même n'a pas été rencontré) et les visites à domicile. Ne tenez pas compte des consultations téléphoniques.

Le cas échéant, veuillez cocher la case et indiquer le nombre de visites.

Plusieurs réponses possibles.

Aucun des spécialistes suivants

Spécialiste pour

Nombre de visite (12 derniers mois)

Médecine générale

--	--	--

Médecine interne

--	--	--

Otorhinolaryngologie (ORL)

--	--	--

Ophtalmologie

--	--	--

Radiologie

--	--	--

Neurologie

--	--	--

Psychiatrie

--	--	--

Psychologie

--	--	--

Urologie

--	--	--

Orthopédie

--	--	--

Troubles métaboliques / Diabète (Diabétologie)

--	--	--

Pneumologie

--	--	--

Dermatologie / Allergologie

--	--	--

Gynécologie

--	--	--

Médecine alternative / Médecine complémentaire

--	--	--

Autre : _____

--	--	--

109

En quelle année avez-vous été dans un cabinet dentaire pour la dernière fois ?

1. Examen dentaire Année : Jamais visité
2. Hygiène dentaire Année : Jamais visité

110

Quelle était la principale raison de votre dernière visite chez le dentiste ?

Une seule réponse possible.

- Je suis allé·e de ma propre initiative pour un contrôle
- Mon dentiste m'a proposé un contrôle
- Pose d'un composite dentaire (alternative au plombage)
- Pose d'un plombage
- Remplacement d'un plombage
- Extraction de dent
- Pose d'une couronne, d'un pont, d'une prothèse ou d'un implant (y compris réparation de prothèse)
- Problèmes de gencives (Parodontose)
- Correction de la position des dents (appareil dentaire)
- Douleurs dentaires
- Autre

111

Combien d'amalgame(s) (plombage « foncé ») ou d'obturation(s) avec composite dentaire (résine) avez-vous actuellement ou avez-vous eu(s) ?

	Aucun	1	2	3	4	5 ou plus	Nombre exact inconnu
1. Amalgame, actuel	<input type="checkbox"/>						
2. Amalgame, autrefois	<input type="checkbox"/>						
3. Composite dentaire (résine) actuel	<input type="checkbox"/>						

112

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été à l'hôpital ou dans une clinique spécialisée ?

Veillez indiquer un nombre (même approximatif) en tenant compte de tous les séjours à l'exception des séjours en cure et des accouchements (le transfert d'un hôpital à un autre compte comme un séjour).

Si vous n'avez fait aucun séjour au cours des 12 derniers mois, veuillez écrire le chiffre 0.

1. Nombre de séjours au cours des 12 derniers mois

--	--	--

2. Nombre total de nuits d'hôpital au cours des 12 derniers mois

--	--	--

113

Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé aux urgences (hôpital, clinique ambulatoire, policlinique ou une clinique privée) ?

Indiquez une seule réponse.

- Non
 Oui
 Je ne sais pas

114

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait de la rééducation en ambulatoire ou de la rééducation dans un service spécialisé ?

Si oui, veuillez préciser pour quelle raison.

- Oui, en ambulatoire (à domicile) – Raison ?
 Oui, en service spécialisé – Raison ?
 Non (passez directement à la question 117)

115

Combien de jours a duré votre rééducation ambulatoire ?

--	--	--

jours à domicile

116

Combien de temps a duré votre rééducation en service spécialisé ?

--	--	--

jours en service spécialisé

117

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté l'un ou l'autre des thérapeutes suivants ?

Naturopathe Oui Non

Kinésithérapeute/Physiothérapeute Oui Non

Psychologue Oui Non

Autre, si oui lequel ?

Médication et thérapie

118

Actuellement, combien de médicaments utilisez-vous régulièrement (soit au moins une fois par semaine pendant au moins un mois) en tenant compte des anti-douleurs, des tranquillisants, des somnifères et des traitements naturels (comprimés, sirop, spray nasal, gouttes pour les yeux, suppositoires, injections, pommade etc.) ?

Veillez indiquer le nombre (même approximatif) de médicaments ; si vous ne prenez PAS de médicaments régulièrement, veuillez inscrire le chiffre 0.

médicaments pris régulièrement

119

Veillez indiquer le nom et la fréquence de prise de tous les médicaments que vous prenez (y compris les anti-douleurs, les tranquillisants, les somnifères et les traitements naturels).

Une seule réponse par ligne.

Nom du médicament (Dosage)	Plusieurs fois par jour	1 fois par jour	Plusieurs fois par semaine	1 fois par semaine
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

120

Avez-vous déjà été traité par une chimiothérapie ou une radiothérapie ?

Plusieurs réponses possibles.

Non

Chimiothérapie _____ (indiquer l'année (les années) du traitement)

Radiothérapie _____ (indiquer l'année (les années) du traitement)

Santé reproductive

121

Avez-vous un ou des enfant(s) biologique(s) ?

Non (passez directement à la question 123)

Oui, Nombre total d'enfants biologiques : _____ ?

122

Pour chacun de vos enfants biologiques, merci d'indiquer dans le tableau ci-après : son sexe, son année de naissance, son poids de naissance, s'il était allaité (même partiellement) et, si oui, pendant combien de mois :

Enfant	Sexe		Année de naissance	Poids de naissance	Allaitement			Malformation (p. ex. cardiaque, bec de lièvre...)
	♂	♀			Oui	Non	Combien de mois ^(*)	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	_____g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	_____g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	_____g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	_____g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--	

* Si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez « 0 » ; entre 1 et 2 mois indiquez « 1 », etc.

123

Est-ce que vous avez déjà fait une fausse couche ou eu un enfant mort-né, respectivement votre partenaire ?

Non

Oui

Si oui, combien de fois? _____

À quelle(s) semaine(s) de grossesse? _____

Je ne souhaite pas répondre

124

Avez-vous déjà essayé de concevoir un enfant pendant au moins 1 an, sans succès ?

Non

Oui

Si oui, un diagnostic médical a-t-il été posé ?

Non

Oui, diagnostic : Infertilité de l'homme (précisez) _____

Infertilité de la femme (précisez) _____

Autre (précisez) _____

Raison inconnue

Pas de réponse

Santé des femmes (À remplir seulement par les femmes)

125

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

ans

Je ne souhaite pas répondre

126

À quand remontent vos dernières règles ?

Moins de 3 mois

Date (1^{er} jour des règles) : / /

Entre 3 et 12 mois

Date (1^{er} jour des règles) : / /

Plus de 12 mois

Année

Je ne sais pas

Je ne souhaite pas répondre

127

Selon vos 3 derniers cycles, vos règles sont-elles ?

Indiquez une seule réponse.

- Régulières naturellement
- Régulières sous traitement hormonal (par ex. pilule)
- Irrégulières
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

128

Combien de temps dure en moyenne vos cycles menstruels ?

jours

- Mes cycles sont trop irréguliers
- Je ne souhaite pas répondre

129

Quelle est la raison de l'absence de vos règles depuis 3 mois ou plus (si indiqué à la question 126) ? Une seule réponse possible.

- Je suis ménopausée
- Je suis enceinte
- J'allaite
- Je suis sportive d'élite
- Je prends un traitement hormonal en continu (pilule, stérilet ou autre)

Précisez : _____

- J'ai eu une ablation de l'utérus
- J'ai eu une ablation des 2 ovaires
- Autre situation

Précisez : _____

- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

130

Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des traitements substitutifs hormonaux tels que des œstrogènes, des progestatifs ou une association des 2 (ex. en traitement des symptômes de la ménopause ou d'une absence de règle) ?

Veillez prendre en compte toutes les formes de traitement : comprimés, crèmes ou gels, patchs, injections, suppositoires ou gouttes.

Une seule réponse possible.

- Non
- Oui dans le passé
- Oui
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

131

Utilisez-vous actuellement une méthode de contraception hormonale ?

- Non
- Oui

Laquelle :

- Pilule
- Implant hormonal
- Stérilet hormonal
- Stérilet au cuivre
- Anneau vaginal
- Autre traitement hormonal

Nom du produit : _____

Depuis quand ? _____

-
- Je ne souhaite pas répondre

Nous aimerions connaître votre avis

132

Si vous souhaitez nous faire part de vos souhaits, commentaires, suggestions ou critiques, vous pouvez le faire ci-dessous. Votre opinion nous intéresse.

**Merci
beaucoup!**



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Phase pilote

Cadre de vie

Veillez s'il vous plaît remplir le questionnaire ci-dessous.
Merci beaucoup!

Les questions suivantes concernent votre environnement et votre style de vie. Sauf mention contraire, elles se rapportent à l'adresse à laquelle vous passez le plus clair de votre temps y compris là où vous passez la plupart de vos nuits.

1

Combien de personnes composent votre ménage (vous inclus) ?

Nombre de personnes : _____ dont :

0-5 ans	Nombre : _____
6-10 ans	Nombre : _____
11-18 ans	Nombre : _____
Plus de 18 ans	Nombre : _____

2

Combien d'animaux domestiques vivent dans votre ménage ?

Je n'ai pas d'animaux domestiques

J'ai les animaux domestiques suivants :

<input type="checkbox"/> Chien	Nombre: _____
<input type="checkbox"/> Chat	Nombre: _____
<input type="checkbox"/> Lapin	Nombre: _____
<input type="checkbox"/> Rongeur	Nombre: _____

Autres animaux domestiques:

Espèce: _____	Nombre: _____

3

Où se situe votre logement principal ?

Plusieurs réponses possibles.

- Centre-ville
- Périphérie de ville
- Zone industrielle
- Campagne/village
- À proximité de terrain agricole cultivé,
distance approximative en mètres :

--	--	--
- Autre _____

4

A quelle distance de votre logement principal se situe la route de transit (circulation dense) la plus proche ?

- 0 - 10m
- 10m – 50m
- 50m – 100m
- 100m – 500m
- plus de 500m

5

Dans quel type de logement habitez-vous ? *Une seule réponse possible, merci de compléter les champs. La cuisine et les salles de bains ne comptent pas comme pièce.*

- Appartement en location Surface (m²) _____ nombre de pièces _____
- Appartement en propriété Surface (m²) _____ nombre de pièces _____
- Maison en location Surface (m²) _____ nombre de pièces _____
- Maison Surface (m²) _____ nombre de pièces _____
- Autres : _____ Surface (m²) _____ nombre de pièces _____

6

A quel(s) étage(s) se trouvent les pièces que vous habitez?*Veillez cocher ce qui convient pour la cuisine, le salon et la chambre à coucher.*

	Sous-sol	Rez-de-chaussée / Rez de chaussée surélevé	1 ^{er} étage	2 ^{ème} étage	3 ^{ème} étage	Plus haut	Quel étage ?
1 Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Salon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Chambre à coucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

7

Quand votre logement a-t-il été construit? Si vous ne connaissez pas l'année exacte, une estimation est une meilleure information que pas de réponse. Année de construction : _____

Estimation :

 avant 1918 1918-1933 1934-1949 1950-1965 1966-1974 1975-1988 1989-1997 1998-2008 Après 2008 Je ne sais pas

8

Le bâtiment dans lequel vous habitez est-il Minergie ? Oui Non Je ne sais pas

9

La cave / partie de la cave de votre résidence principale est-elle en terre battue (non bétonnée) ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

10

En quel matériau sont faits les sols de votre séjour, de votre chambre à coucher et du reste de votre logement ?

Une réponse par colonne.

	Séjour	Chambre à coucher	Reste du logement
1 Bois (parquet, planches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Liège	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Stratifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Carrelage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Moquette en fibres synthétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Moquette en fibres naturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Autres matériaux (précisez) ?	_____	_____	_____
10 Je ne sais pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous installé des tapis ?

11 Présence de tapis (déplaçables)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11

Avez-vous l'un des problèmes suivants dans votre logement principal ?

Une seule réponse par ligne.

	Oui	Non	Ne sais pas
1 Moisissure (mur ou autres surfaces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Dégât d'eau (p.ex. tuyauterie défectueuse, fuite de la toiture, eau dans la cave...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Odeur de moisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Problème d'humidité (p.ex. peinture écaillée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Radon (concentration supérieure à 300 Bq/m ³)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12

Combien d'heures en moyenne passez-vous en plein air dans une journée ?

- En saison froide (octobre-avril) ou en saison tempérée (mai-septembre)

- Pendant la semaine ou pendant le week-end

Une seule réponse par ligne.

Heures par jour	Jamais ou rarement	0-1h	1-2h	2-3h	3-4h	plus de 4h
1 En semaine / saison tempérée (Lu-Ve)	<input type="checkbox"/>					
2 Le week-end / saison tempérée (Sa-Di)	<input type="checkbox"/>					
3 En semaine / saison froide (Lu-Ve)	<input type="checkbox"/>					
4 Le week-end / saison froide (Sa-Di)	<input type="checkbox"/>					

13

Aux alentours de votre logement, êtes-vous ou avez-vous été régulièrement exposé·e à des poussières ou de la fumée (à l'extérieur)?

Si oui, merci de préciser le nombre d'années

Pour répondre, merci de considérer tous vos logements. Une seule réponse possible.

	Non	Oui, actuellement ou au cours des 3 dernières années	Oui, il y a plus de 3 ans	Nombre d'années		
Poussières ou fumée (autre que fumée du tabac, p.ex. poussière d'une route non goudronnée, fumée de feu de bois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>		

14

A quelle fréquence cuisinez-vous ?

- Rarement/jamais (1 fois par mois ou moins) → **poursuivez avec la question 18**
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 4 fois par semaine
- Plus de 5 fois par semaine

15

Quel genre de cuisinière utilisez-vous habituellement pour cuisiner ?

Plusieurs réponses possibles.

- Electrique, vitroceram
- Induction
- Gaz
- Four à Pyrolyse
- Bois / charbon
- Autres (précisez) : _____

16 A quelle fréquence utilisez-vous la hotte de ventilation quand vous cuisinez ?

- Il n'y a pas de hotte sur la cuisinière
- Toujours
- La plupart du temps (50-100% des fois)
- Quelquefois (20-50% des fois)
- Rarement (0-20% des fois)
- Jamais

17 A quelle fréquence une porte ou une fenêtre est-elle ouverte quand vous cuisinez ?

- Toujours
- La plupart du temps (50-100% des fois)
- Quelquefois (20-50% des fois)
- Rarement (0-20% des fois)
- Jamais

18 A quelle fréquence utilisez-vous une cheminée (poêle suédois exclu) ? Merci de différencier entre saison froide et saison tempérée

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais / Pas de cheminée	Moins de 1 jour par semaine	1-3 jours par semaine	4-7 jours par semaine
1 Saison tempérée (mai – septembre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Saison froide (octobre – avril)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19

A quelle fréquence utilisez-vous des bougies (y compris bougies parfumées)?

Merci de différencier entre saison froide et saison tempérée

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Moins de 1 fois par mois	1-3 fois par mois	1-3 jours par semaine	4-7 jours par semaine
1 Saison tempérée (mai – septembre)	<input type="checkbox"/>				
2 Saison froide (octobre – avril)	<input type="checkbox"/>				

20

Lorsque vous utilisez le plus souvent des bougies parfumées ou de l'encens, à quelle fréquence les employez-vous ?

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Moins de 1 fois par mois	1-3 fois par mois	1-3 jours par semaine	4-7 jours par semaine
1 Bougies parfumées	<input type="checkbox"/>				
2 Encens	<input type="checkbox"/>				

21

Dormez-vous habituellement la fenêtre ouverte?

Merci de différencier entre saison froide et saison tempérée

Une seule réponse par ligne.

	Jamais	Moins de 1 fois par semaine	1-2 fois par semaine	2 à 5 fois par semaine	Toujours
1 Saison tempérée (mai – septembre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Saison froide (octobre – avril)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22

Dans quelle mesure le bruit de la circulation vous dérange avec la fenêtre ouverte ?

Une seule réponse possible.

Pas de bruit	Le bruit ne me dérange pas du tout						Le bruit me dérange énormément
	1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23

Comment qualifiez-vous votre sensibilité au bruit ?

Une seule réponse possible.

Je ne suis pas du tout sensible au bruit						Je suis très sensible au bruit
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24

A quelle fréquence utilisez-vous les produits suivants ?

Une réponse par ligne.

	Jamais	Moins de 1 fois par mois	1–3-fois par mois	1–3-fois par semaine	4–7-fois par semaine	Plus d'une fois par jour
1 Sprays de nettoyage (p.ex. spray pour salle de bain ou pour les vitres)	<input type="checkbox"/>					
2 Désodorisant, parfum d'ambiance (spray, diffuseur)	<input type="checkbox"/>					
3 Insecticide (spray, diffuseur)	<input type="checkbox"/>					
4 Fongicides (spray, diffuseur)	<input type="checkbox"/>					
5 Nettoyant WC (liquide, poudre, en excluant le nettoyant tout usage)	<input type="checkbox"/>					
6 Colle liquide (en excluant colle en bâton)	<input type="checkbox"/>					

25

A quelle fréquence utilisez-vous les produits cosmétiques suivants ?

Une réponse par ligne.

	Jamais	Moins de 1 fois par mois	1–3-fois par mois	1–3-fois par semaine	4–7-fois par semaine	Plus d'une fois par jour
1 Spray déodorant	<input type="checkbox"/>					
2 Déodorant roll-on, crème, etc. (SANS spray)	<input type="checkbox"/>					
3 Lotion pour le corps (body lotion)	<input type="checkbox"/>					
4 Crème pour les mains	<input type="checkbox"/>					
5 Parfum	<input type="checkbox"/>					
6 Spray pour les cheveux (autres produits type gel, crème exclus)	<input type="checkbox"/>					
7 Dentifrice	<input type="checkbox"/>					

26

Si vous connaissez le nom et la marque des produits mentionnés dans la question précédente (par ex. Déodorant roll-on: Nivea Roll-on dry comfort), merci d'en dresser la liste.

Nom et marque du produit

- | | |
|--------------------------------------|-------|
| 1 Spray déodorant | _____ |
| 2 Déodorant roll-on, crème, etc | _____ |
| 3 Lotion pour le corps (body lotion) | _____ |
| 4 Crème pour les mains : | _____ |
| 5 Parfum | _____ |
| 6 Spray pour les cheveux | _____ |
| 7 Dentifrice | _____ |

27 Utilisez-vous un déodorant contenant des sels d'aluminium ?

- Oui, souvent (plus de 5 fois par semaine)
- Oui, quelques fois (1-5 fois par semaine)
- Non, ou rarement (moins d'une fois par semaine)
- Je ne sais pas

28 Avez-vous déjà fumé pendant plus d'une année ? „Oui“ veut dire au minimum 1 cigarette/e-cigarette par jour ou 1 cigare/cigarillos/pipe/narguilé (shisha) par semaine pendant 1 année.

Une seule réponse par ligne. Si vous êtes fumeur/fumeuse, merci de préciser l'âge auquel vous avez commencé ou arrêté de fumer.

	Non, jamais fumé	Oui, je fume actuellement	Oui, j'ai fumé dans le passé	Si vous fumez, à quelle âge avez- vous commencé	Si vous avez arrêté, à quel âge avez- vous cessé de fumer
1 Cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___
2 Cigares / cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___
3 Pipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___
4 Cigarette électronique (e- cigarette, cartouche liquide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___
5 Produits de tabac chauffé (heat- not-burn, p.ex. IQOS, Ploom, glo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___
6 Shisha / narguilé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___
7 Autres produits du tabac (p. ex. tabac à priser, à chiquer) Merci de préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ ___	___ ___

29

Si vous fumez ou avez fumé, à quelle fréquence fum(i)ez-vous en moyenne ? Merci de préciser le nombre par jour ou par semaine.

	Nombre par jour		Jour(s) par semaine
1 Cigarettes	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Cigares / cigarillos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Pipe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4 Cigarette électronique (e-cigarette, cartouche liquide)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Produits de tabac chauffé (heat-not-burn, p.ex. IQOS, Ploom, glo)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Shisha / narguilé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7 Autres produits du tabac (p. ex. tabac à priser, à chiquer), <i>merci de préciser</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ou	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

30

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été régulièrement exposé-e à la fumée du tabac ? Régulièrement signifie plus de la moitié de la journée ou de la nuit
Une seule réponse possible.

Non

Oui

Si oui, où êtes-vous ou avez-vous été exposé-e (lieu de travail, à la maison) ?

31

Durant combien d'années avez-vous été exposé-e à la fumée du tabac ? (inclus pendant l'enfance)

années

32

À votre connaissance, vos parents ont-ils fumé du tabac avant votre conception ou pendant la grossesse ?

Une seule réponse par ligne.

	Oui	Non	Je ne sais pas
1 Ma mère a régulièrement fumé du tabac avant ma conception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ma mère a régulièrement été exposée à la fumée du tabac (fumée passive) avant ma conception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ma mère a régulièrement fumé du tabac pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ma mère a régulièrement été exposée à la fumée du tabac (fumée passive) pendant la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Mon père a régulièrement fumé du tabac avant ma conception	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33

Avez-vous déjà consommé des drogues au cours de votre vie ou est-ce que vous en consommez actuellement ? (p.ex. cannabis, cocaïne...)

	Jamais	1 seule fois	rarement	Chaque mois	Chaque semaine	Chaque jour
1 Cannabis	<input type="checkbox"/>					
2 Ecstasy	<input type="checkbox"/>					
3 Cocaïne	<input type="checkbox"/>					
4 Héroïne	<input type="checkbox"/>					
5 Speed	<input type="checkbox"/>					
6 LSD	<input type="checkbox"/>					
7 Autres (précisez)						
_____	<input type="checkbox"/>					
_____	<input type="checkbox"/>					

Je ne souhaite pas répondre

34a

A quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants ?

Deux réponses par ligne : fréquence des aliments et pourcentage des produits bio.

		A quelle fréquence consommez-vous ces produits bio ?												
		Rarement /jamais	1 fois par mois	Toutes les 2 semaines	1-2 fois par semaine	3-6 fois par semaine	Tous les jours	2-3 fois par jour	4 fois par jour et plus	<10%	10-50%	50-90%	>90%	Je ne sais pas
1	Lait d'origine animale (y compris dans le café, céréales, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Produits laitiers (yogourt, séré, fromage frais, yogourt à boire, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Fromage (à pâte dure ou à pâte molle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Œufs (œuf dur, à la coque, au plat, omelettes etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Volaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Viande (bœuf, veau, porc, chasse, etc.) volaille exclue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Charcuterie (saucisse, pâté, viande séchée, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tofu, Quorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Poisson, fruits de mer et produits dérivés du poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Féculents (pâtes, riz, pain etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34b

A quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants ?

Une seule réponse par ligne.

		A quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants ?							À quelle fréquence consommez-vous ces produits bio ?					
		Rarement /jamais	1 fois par mois	Toutes les 2 semaines	1-2 fois par semaine	3-6 fois par semaine	Tous les jours	2-3 fois par jour	4 fois par jour et plus	<10%	10-50%	50-90%	>90%	Je ne sais pas
11	Céréales (muesli, flocons d'avoine, corn flakes etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Céréales complètes (pain complet, riz complet, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Pommes de terre, plats à base de pommes de terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Légumineuses (lentilles, pois chiches, pois)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Légumes cuits (sauf légumineuses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Légumes crus, salade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Noix et graines non salées (noix, noisettes, cacahuètes, sésame, graines de lin, graines de tournesol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34c

A quelle fréquence consommez-vous les aliments suivants ?

Une seule réponse par ligne.

		Rarement t/jamais	1 fois par mois	Toutes les 2 semaines	1-2 fois par semaine	3-6 fois par semaine	Tous les jours	2-3 fois par jour	4 fois par jour et plus	À quelle fréquence consommez-vous ces produits bio ?				
									<10%	10-50%	50-90%	>90%	Je ne sais pas	
19	Sucreries ou desserts (chocolat, biscuits, glace, gâteau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Snacks salés (chips, flûtes, petits feuilletés, noix salées)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35**Quelle sorte de poisson ou fruits de mer mangez-vous le plus fréquemment (inclus le poisson en conserve) ?***Deux réponses possibles au maximum.* Thon Saumon Pangasius Tilapia Truite Crevettes Sticks de poisson Autres (précisez) : _____ Je ne sais pas**36****En général, ajoutez-vous du sel à votre nourriture à table au moment de manger ?***Une seule réponse possible par colonne.*

		Lorsque vous mangez chez vous	Lorsque vous mangez hors de chez vous
Non, jamais	(0 repas sur 10)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, occasionnellement (de 1 à 5 repas sur 10)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, souvent (de 6 à 9 repas sur 10)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui, toujours (10 repas sur 10)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37**Quelles matières grasses utilisez-vous principalement à domicile ?***Veillez cocher au maximum 4 réponses.*

- Huile d'olive
- Huile de tournesol
- Colza
- Huile de noix
- Huile pour friture / graisse à rôtir
- Beurre
- Margarine
- Crème entière
- Demi-crème
- Autres, merci de préciser _____
- Je ne sais pas _____

38**A quelle fréquence prenez-vous un repas à l'extérieur (restaurant, cantine, cafétéria, kebab, ou autre) ?**

- Plus de 7 repas par semaine
- 5-7 repas par semaine
- 2-4 repas par semaine
- 1 repas par semaine
- 1 repas par mois
- Moins d'1 repas par mois
- Jamais

39

Parmi les repas pris à l'extérieur, combien d'entre eux sont préparés uniquement avec des produits biologiques (à votre connaissance) ?

- Moins de 10% des repas
- 10-50% des repas
- 50-90% des repas
- Plus de 90% des repas

40

A quelle fréquence mangez-vous des repas chauds emballés dans des emballages jetables (p. ex. McDonalds, Migros take-away, kebab, super marché) ?

Une seule réponse possible.

- Plus de 7 repas par semaine
- 5-7 repas par semaine
- 2-4 repas par semaine
- 1 repas par semaine
- 1-2 repas par mois
- Moins d'1 repas par mois
- Jamais

41

Quel régime alimentaire suivez-vous ?

Une seule réponse possible par sous-question numérotée.

1

- Omnivore (régime alimentaire mixte)
- Pesco-végétarien (sans viande ni volaille)
- Ovo-lacto-végétarien (sans viande ni volaille, sans poisson ni fruit de mer)
- Végétalien·e/Végane (sans produits d'origine animale)

Depuis combien de temps ?

(en mois;

cependant, si votre régime est suivi depuis plus de 9 ans, indiquez: 99)

--	--

2

- Aucun régime particulier
- Sans lactose
- Sans gluten
- Cétogène (pauvre en hydrates de carbone)
- Autres (précisez) : _____

--	--

3

Pour quelles raisons :

- Perte ou contrôle du poids
- Diabète
- Pour réduire l'apport de graisses et cholestérol
- Autres (précisez) : _____
- Pas de raison particulière

42

Prenez-vous des vitamines, oligoéléments ou autres micronutriments ?*Plusieurs réponses possibles, veuillez cocher la case correspondante.*

	Chaque jour	Chaque semaine	Prescrits par un médecin	Non, je n'en prends pas
1 Vitamines, merci de préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sels minéraux, merci de préciser _____ (magnésium, calcium, fer, zinc, etc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Préparations combinées (sels minéraux et vitamines), merci de préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Autres, merci de préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43

Prenez-vous d'autres compléments alimentaires ?*Plusieurs réponses possibles, veuillez cocher la case correspondante.*

	Chaque jour	Chaque semaine	Prescrits par un médecin	Non, je n'en prends pas
1 Protéines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hydrates de carbones (p.ex. boissons isotoniques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Compléments alimentaires pour sportif, merci de préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Autres, merci de préciser _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quelle quantité des boissons suivantes buvez-vous généralement par jour? 1 verre correspond à 0,2 L (2 dL) Une réponse par ligne.

		Plus de 3 litres par jour	2-3 litres par jour	1-2 litres par jour	0.5- 1 litres par jour	2-3 verres par jour (2-5 dL)	1 verre par jour	1-6 verres par semaine	Moins d'un verre par semaine
1	Eau du robinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Eau minérale en bouteille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Jus de fruits (100% jus de fruits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Nectar de fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Jus de légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Boissons non sucrées (café, thé noir/vert, tisane, eau aromatisée, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Boissons sucrées (café ou thé sucré, coca, limonade, thé froid, sirop, boisson chocolatée, energy drinks etc.) Boissons édulcorées exclues (« light » ou « zero »)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Boissons édulcorées (coca light, coca zéro, rivella bleu, energy drinks light etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Boissons alcoolisées (bière, vin, spiritueux, alco-pops, liqueur etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Boissons contenant de la caféine ou du thé (y compris celles déjà mentionnées sous e-g, café, thé noir, thé vert, energy drinks, coca, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45

Quelle est la marque d'eau minérale que vous buvez habituellement ? Merci de préciser s'il s'agit d'eau plate, medium ou gazeuse.

Je ne bois pas d'eau minérale en bouteille.

46

Lorsque vous consommez une boisson alcoolisée, combien de boissons prenez-vous habituellement ? Une boisson standard correspond à environ 3 dL de bière (5% vol), 1 dL de vin (12.5% vol), 4 cL de liqueur (30% vol), 2 cL d'alcool fort (55% vol) Une seule réponse possible.

Jamais/ moins de 1 par jour

1 ou 2

3 ou 4

5 ou 6

7-9

10 ou plus

47

Si vous souhaitez nous faire part de vos souhaits, commentaires, suggestions ou critiques, vous pouvez le faire ci-dessous



**Merci
beaucoup!**



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Phase pilote

Qualité de vie

Merci de lire chaque question. Veuillez considérer comment vous vous êtes senti(e) ces 2 dernières semaines.

Cocher sur l'échelle la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

- | | Très mauvaise | Mauvaise | Ni bonne, ni mauvaise | Bonne | Très bonne |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Comment trouvez-vous votre qualité de vie? | <input type="checkbox"/> |

Cocher sur l'échelle la réponse qui correspond le mieux à votre situation.

- | | Pas du tout satisfait | Pas satisfait | Ni satisfait ni insatisfait | Satisfait | Très satisfait |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 Etes-vous satisfait de votre santé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pour les questions suivantes, il s'agit de dire comment vous avez vécu des situations données ces 2 dernières semaines.

Une seule réponse possible par ligne.

- | | Pas du tout | Un peu | Modérément | Beaucoup | Complètement |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3 La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire? | <input type="checkbox"/> |
| 4 Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours? | <input type="checkbox"/> |
| 5 Trouvez-vous la vie agréable? | <input type="checkbox"/> |
| 6 Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie? | <input type="checkbox"/> |

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
7 Etes-vous capable de vous concentrer?	<input type="checkbox"/>				
8 Vous sentez vous en sécurité dans votre vie de tous les jours?	<input type="checkbox"/>				
9 Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.)?	<input type="checkbox"/>				

Pour les questions suivantes, il s'agit de dire à quel degré vous avez pu accomplir ou vivre certaines choses ces 2 dernières semaines.

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Suffisamment	Tout à fait
10 Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours?	<input type="checkbox"/>				
11 Acceptez-vous votre apparence physique?	<input type="checkbox"/>				
12 Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins?	<input type="checkbox"/>				
13 Avez vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours?	<input type="checkbox"/>				
14 Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs?	<input type="checkbox"/>				

Une seule réponse possible.

	Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
15 Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul?	<input type="checkbox"/>				

Pour les questions suivantes, il s'agit de donner votre degré de satisfaction vis-à-vis de certains aspects de votre vie durant les 2 dernières semaines.

Une seule réponse possible par ligne.

	Très insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
16 Etes-vous satisfait de votre sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Etes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Etes-vous satisfait de votre capacité à travailler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une seule réponse possible.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
19 Avez-vous une bonne opinion de vous-même?	<input type="checkbox"/>				

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
20 Etes-vous satisfait de vos relations personnelles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Etes-vous satisfait de votre vie sexuelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Etes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Etes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une seule réponse possible.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Tout à fait
24 Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin?	<input type="checkbox"/>				

Une seule réponse possible.

	Pas du tout satisfait	Pas satisfait	Ni satisfait ni insatisfait	Satisfait	Très satisfait
25 Etes-vous satisfait de vos moyens de transport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les questions suivantes, il s'agit de donner la fréquence à laquelle vous avez eu des sentiments négatifs (p. ex. peur, tristesse) durant les 2 dernières semaines.

Une seule réponse possible.

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
26 Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression?	<input type="checkbox"/>				

Si vous souhaitez nous faire part de vos souhaits, commentaires, suggestions ou critiques, vous pouvez le faire ci-dessous.

27





Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Phase pilote

Covid-19

Covid-19

1

Êtes-vous ou avez-vous été malade du Covid-19 ? Si oui, quand (date de début) ?
Veillez cocher une seule case.

Oui, la maladie a été confirmée par un médecin

Date : __ / __ / ____

Oui, sans confirmation par un médecin

Date : __ / __ / ____

Non

Je ne sais pas

2

Avez-vous été testé·e au SARS-CoV-2 ?
Une seule réponse possible.

Oui

Non

Si vous avez été testé-e, quels étaient les résultats et les circonstances du ou des tests ?

Merci de répondre le plus précisément possible.

Date du test	Raison(s) du test <i>plusieurs réponses possibles</i>	Résultat	Type de test <i>si connu</i>
__ . __ . 2020	<input type="checkbox"/> J'ai eu des symptômes <input type="checkbox"/> J'ai été en contact avec une personne infectée <input type="checkbox"/> J'ai fait partie d'une étude scientifique <input type="checkbox"/> Je fais partie du personnel médical / soignant <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non-concluant	<input type="checkbox"/> détection du virus (PCR) après frottis <input type="checkbox"/> analyse sérologique après prise de sang
__ . __ . 2020	<input type="checkbox"/> J'ai eu des symptômes <input type="checkbox"/> J'ai été en contact avec une personne infectée <input type="checkbox"/> J'ai fait partie d'une étude scientifique <input type="checkbox"/> Je fais partie du personnel médical / soignant <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non-concluant	<input type="checkbox"/> détection du virus (PCR) après frottis <input type="checkbox"/> analyse sérologique après prise de sang
__ . __ . 2020	<input type="checkbox"/> J'ai eu des symptômes <input type="checkbox"/> J'ai été en contact avec une personne infectée <input type="checkbox"/> J'ai fait partie d'une étude scientifique <input type="checkbox"/> Je fais partie du personnel médical / soignant <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non-concluant	<input type="checkbox"/> détection du virus (PCR) après frottis <input type="checkbox"/> analyse sérologique après prise de sang
__ . __ . 2020	<input type="checkbox"/> J'ai eu des symptômes <input type="checkbox"/> J'ai été en contact avec une personne infectée <input type="checkbox"/> J'ai fait partie d'une étude scientifique <input type="checkbox"/> Je fais partie du personnel médical / soignant <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> négatif <input type="checkbox"/> non-concluant	<input type="checkbox"/> détection du virus (PCR) après frottis <input type="checkbox"/> analyse sérologique après prise de sang

4

Si vous avez eu le Covid-19, quels en ont été les symptômes ? Merci d'indiquer lesquels.

Je n'ai pas eu de symptômes

J'ai eu des symptômes

si coché, remplissez la table suivante

Je ne me souviens plus

Symptômes / Complication	Oui	Non
Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) ou sentiment fiévreux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie (confirmée par imagerie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARDS (Syndrome aigu de détresse respiratoire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrhée et/ou nausée, vomissements, douleurs à l'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte d'odorat / perte de goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courbatures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleurs dans la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nez bouché, écoulement nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres <i>Merci de préciser</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5

Si vous avez (eu) le Covid-19, quel(s) traitement(s) avez-vous eu(s) ?

Plusieurs réponses possibles.

- Aucun traitement
- J'ai pris des médicaments en automédication
- J'ai pris des médicaments prescrits par un médecin

Merci de préciser lesquels :

- J'ai été hospitalisé·e

Si coché, veuillez répondre aux questions suivantes :

Combien de jours avez-vous été hospitalisé·e ?	__	__
J'ai reçu une aide respiratoire simple non-invasive (lunettes, masque)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai séjourné aux soins intensifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
J'ai été intubé ou j'ai eu une trachéotomie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autres <i>Merci de préciser</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

6

Selon votre avis ou retracé par personnel médical, comment vous êtes-vous infecté·e ? Une réponse possible.

- Contact en famille dans le même ménage
- Contact en famille mais pas dans le même ménage
- Contact avec des amis
- Contact avec des personnes inconnues (p.ex. supermarché)
- Ecole/jardin d'enfants/crèche
- En tant que membre du personnel médical ou soignant
- Au travail, autre que personnel médical
- Dans les transports en commun
- Voyages à l'étranger
- Autres contacts, *merci de préciser*

Je ne sais pas

Avez-vous été vacciné-e contre les maladies suivantes ? Veuillez s'il vous plaît remplir la grille suivante, annexer des photos de votre carnet de vaccination ou l'amener à la visite d'étude le cas échéant.

a. Grippe Oui, chaque année (ou presque)
 Oui, cet hiver seulement
 Oui, mais pas cet hiver
 Non
 Je ne sais pas

b. Tuberculose Oui
 Non
 Je ne sais pas

c. Rougeole, oreillons, rubéole Oui
 Non
 Je ne sais pas

d. Diphtérie, tétanos, coqueluche Oui
 Non
 Je ne sais pas

e. Encéphalite à tique (FSME) Oui
 Non
 Je ne sais pas

f. Papillomavirus Oui
 Non
 Je ne sais pas

g. Hépatite A Oui
 Non
 Je ne sais pas

h. Hépatite B Oui
 Non
 Je ne sais pas

i. Fièvre jaune Oui
 Non
 Je ne sais pas

j. Fièvre typhoïde Oui
 Non
 Je ne sais pas

k. Rage Oui
 Non
 Je ne sais pas

l. Pneumocoques Oui
 Non
 Je ne sais pas

m. Méningocoques	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
n. Poliomyélite (Polio)	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
o. Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
p. Zona	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
q. Nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) (si disponible)	<input type="checkbox"/> Oui
	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas

8

En quoi et comment vos habitudes sont/étaient modifiées par le semi-confinement ?

Une seule réponse possible par ligne.

Aspect	Aucun changement	Pire	Mieux
Etat général de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualité générale d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aspect	Aucun changement	Moins	Plus
Appétit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacts sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recours aux services médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acitivité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temps passé en plein air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation des transports publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation de poisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence où l'on cuisine soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation bio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consommation de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de produits cosmétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heures devant l'écran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre <i>Merci de préciser</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre <i>Merci de préciser</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre <i>Merci de préciser</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Merci
beaucoup!**



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Contact : où vous adresser ?

En cas de questions, de doute, de craintes ou d'urgences pendant ou après l'étude, vous pouvez vous adresser au personnel de l'étude :

Dr Semira Gonseth Nusslé

Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et de santé publique

Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne

Adresse email : lausanne@etude-sur-la-sante.ch

Tél. : 0800 800 246