



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Pilot phase

VISITE D'ETUDE



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Pilot phase

Evaluation de l'exposition (EX2)

Entretien pendant la visite d'étude

Environnement et expositions

Exposition professionnelle

| 1 | Quelle est votre situation actuelle vis-à-vis de l'emploi, et celle de votre partenaire ? Cochez les cases correspondantes, laissez libre si vous n'avez actuellement pas de partenaire. <i>Plusieurs réponses possibles.</i> | | | |
|---|---|---|--------------------------|-------------------------|
| | <table border="1"><thead><tr><th data-bbox="199 555 1093 633">Situation professionnelle actuelle</th><th data-bbox="1093 555 1220 633">Vous</th><th data-bbox="1220 555 1433 633">Votre partenaire</th></tr></thead></table> | Situation professionnelle actuelle | Vous | Votre partenaire |
| Situation professionnelle actuelle | Vous | Votre partenaire | | |
| | Travail à plein temps (80% et plus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Homme ou femme au foyer (80% et plus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Travail à temps partiel (moins de 80%) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Travail horaire ou irrégulier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Sans emploi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | N'a jamais travaillé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | En formation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | En congé > 3 mois (maternité/paternité, vacances, maladie etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Ne travaille pas pour des raisons de santé (incl. AI) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Retraité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Retraité avec activité annexe (incl. volontariat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Bénévolat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Autre (précisez) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Je ne souhaite pas répondre à cette question | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

2**Quelle est la description de votre profession actuelle et quelles sont vos activités principales? Merci d'être le plus précis possible.**

Profession actuelle et activités principales:

(p.ex. pharmacien avec gestion du personnel, gestion logistique, employé(e) de commerce avec service à la clientèle et gestion de stock...)

Depuis quand : _____(Année, p.ex.2001)

Employeur : _____(Nom)

_____ (Lieu, Adresse)

secteur d'activité (Classification NOGA 6 chiffres, voir<https://www.kubb2008.bfs.admin.ch/de>)Je ne souhaite pas répondre à cette question **3****Pourriez-vous retracer votre historique professionnel ? (emplois avec durée de plus d'un an) ? Merci de dresser la liste de vos emplois passés, du plus récent au plus ancien.**

| | de (année) | à (année) | Employeur | Lieu de travail | Profession | Secteur |
|---|---------------|--------------|-----------|-----------------|------------|---------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |

Je ne souhaite pas répondre/ Je ne me souviens plus

| 4 | | Comment décrivez-vous votre rythme de travail habituel ? <i>Merci de vous référer à votre profession principale ou, si vous n'êtes plus actif, à votre plus long engagement.</i> | | | |
|---|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <i>Une seule réponse possible par ligne.</i> | | | |
| | | De façon régulière | De façon irrégulière | Sur appel | Jamais |
| a | Travail de jour | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b | Travail de nuit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c | Travail de jour et de nuit en alternance | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 5 | | Travaillez-vous régulièrement de nuit, c'est-à-dire au moins 2h entre 23h et 6h ? | |
|---|--|--|----------------------|
| | | <i>Une seule réponse possible.</i> | |
| <input type="checkbox"/> Jamais | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui, merci de préciser le nombre de nuits par mois | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| 6 | | Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement en contact avec les nuisances suivantes ? | |
|---|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| a | Fumée (fumée de tabac exclue, p.ex. combustion, soudure...) | Si oui, merci de préciser le type de fumée et l'intervalle d'exposition _____ (type de fumée) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ (années) | |
| | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| b | Gaz d'échappement (moteurs diesel ou à essence) | Si oui, merci de préciser le type de gaz et l'intervalle d'exposition _____ (type de gaz) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ (années) | |
| | | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| c | Vapeurs de solvants (p.ex. formaldéhyde, formol...) | Si oui, merci de préciser le type de produits et l'intervalle d'exposition _____ (type de produits) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ (années) | |

Oui Non Je ne sais pas

d Produits de nettoyage

Si oui, merci de préciser le type de produits et l'intervalle d'exposition

_____ (type de produits)

— — — — — - — — — — — (années)

Oui Non Je ne sais pas

e Poussières (p.ex. poussières minérales, de ciment, de matières plastiques)

Si oui, merci de préciser le type de poussières et l'intervalle d'exposition

_____ (type de poussières)

— — — — — - — — — — — (années)

Oui Non Je ne sais pas

f Rayonnement (p.ex. rayons X, radioactivité, radar)

Si oui, merci de préciser le type de rayonnements et l'intervalle d'exposition

_____ (type de rayonnement)

— — — — — - — — — — — (années)

Etes-vous ou avez-vous été en contact régulier avec les substances ou matériaux suivants dans le cadre de votre travail ?

- a Polycarbonate (Production de produits en polycarbonate) Oui Non Je ne sais pas
Si oui, merci de préciser la période
__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)
- b Résines époxy (p.ex. matériau de construction, revêtement de sols, revêtement métallique, modélisme, construction navale, pièces automobiles) Oui Non Je ne sais pas
Si oui, merci de préciser la période
__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)
- c Mercure (p.ex. fabrication de plombage dentaire ou d'ampoules, contact avec appareils de mesure contenant du mercure) Oui Non Je ne sais pas
Si oui, merci de préciser la période
__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)
- d Cires de fartage ou à couler Oui Non Je ne sais pas
Si oui, merci de préciser la période
__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)
- e Spray d'imprégnation (p.ex. imperméabilisant pour chaussures ou vêtements) Oui Non Je ne sais pas
Si oui, merci de préciser la période
__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)
- f Tickets de caisse ou autres papiers thermiques Oui Non Je ne sais pas
Si oui, merci de préciser la période
__ __ __ __ - __ __ __ __ (années)

Dans le cadre de votre travail, êtes-vous ou avez-vous été en contact régulier avec des pesticides (herbicides, insecticides etc.) ?

- Oui
 Non

Si oui :

a. A quand remonte votre dernier contact avec un produit phytosanitaire (préparation ou épandage) ?

(voir tableau pour informations plus détaillées)

b. Quel est le nom du ou des produit(s) que vous avez utilisé(s) ?

Si vous ne connaissez pas le nom, le produit était-il sous forme solide (poudre, granule) ou liquide ? Une dilution était-elle nécessaire ? Quel était l'organisme cible ? De quelle couleur était l'emballage ? S'agissait-il d'un flacon ou d'un carton ?

Précision de l'activité pour les personnes qui ont répondu „oui“ à l'une des questions 6-8

| Question à laquelle on se réfère ? | Description de la tâche | Lieu de réalisation | Type d'aération du lieu | Sur quelle durée la tâche est ou était-elle exercée régulièrement ? | Fréquence de réalisation (nombre de fois où vous réalisez cette tâche, par jour ou semaine ou mois ou année) | Durée habituelle de la réalisation | Niveau d'activité physique requis pour réaliser la tâche (faible: sans essoufflement, modéré: provoquant un essoufflement léger, intensif: provoquant essoufflement et transpiration) | Port de moyens de protection individuelle respiratoire et/ou cutanée (précisez lesquels) |
|------------------------------------|---|---|--|---|--|------------------------------------|---|---|
| 32b | <i>Exemple : chargement de sacs de pellets en plastique Merci d'être aussi précis(e) que possible</i> | <i>Halle de stockage, 100 m²</i> | <i>Aération irrégulière via fenêtres</i> | <i>Durant les 6 derniers mois</i> | <i>5-6 fois par jour, pendant 5 jours</i> | <i>15 minutes</i> | <i>modéré</i> | <i>Masque respiratoire et gants Si connu, merci de préciser la matière des gants</i> |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Loisirs, hobbies et expositions spécifiques

9

Est-ce que vous avez un jardin potager ou d'agrément pour lequel vous avez recours à des produits phytosanitaires (pesticide, herbicide,..) ou des engrais ?

- Oui
 Non

Si oui

a. A quand remonte votre dernier contact avec un produit phytosanitaire ?

b. Quel est le nom du ou des produit(s) que vous avez utilisé(s) ?

c. Si vous ne connaissez pas le nom, le produit était-il sous forme solide (poudre, granule) ou liquide ? Une dilution était-elle nécessaire ? Quel était l'organisme cible ? De quelle couleur était l'emballage ? S'agissait-il d'un flacon ou d'un carton ?

d. Quelles mesures de protection suivez-vous lorsque vous utilisez un tel produit ? (p.ex. aucune, port de gants, masque, lunettes)

10

Fartez-vous vos skis ou votre snowboard vous-même ?

- Oui
 Non

Si oui, à quelle fréquence dans la saison fartez-vous vos skis/snowboard ?

Où effectuez-vous cette tâche ? (p. ex. à l'intérieur, garage, balcon, jardin...)

11 Utilisez-vous des sprays d'imprégnation (p. ex. pour les chaussures, les vestes)?

- Oui
- Non

Si oui, combien de fois dans l'année ?

Où effectuez-vous cette tâche ? (à l'intérieur, garage, balcon, jardin...)

12 Combien de tickets de caisse ou de parking avez-vous eu dans les mains au cours des 2 derniers jours ? (dans le contexte privé et professionnel)

Une réponse possible.

- Aucun
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- >7
- Je ne sais pas

13 Avez-vous ou avez-vous eu des tatouages ?

Merci de préciser les détails suivants.

- Non
- Oui, j'ai ou j'ai eu un ou plusieurs tatouages

| Tatouage | Endroit sur le corps | Taille (cm ²), voir liste | Couleur(s) (couleur principale en premier) | Quand (année de réalisation) | Lieu, pays (lieu de réalisation) | Le tatouage a-t-il été enlevé ? Si oui quand et comment ? |
|----------|----------------------|---------------------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

- Je ne souhaite pas répondre

Style de vie

Nutrition

| 14 | | Quelle taille de portions des aliments suivants consommez-vous par repas et combien de fois par jour? (cf. livre photo pour estimer la taille des portions) | | | | |
|----|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| | | Taille de la portion | | | | Nombre de portions (si consommés plusieurs fois par jour) |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| A | Lait (y compris dans le café, céréales etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| B | Œufs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| C | Poisson, fruits de mer et produits dérivés (p.ex. thon sur la pizza) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| D | Céréales (müesli, corn flakes etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

| 15 | | Combien de portions de pain, pâtes, céréales et légumineuses avez-vous consommées au cours des 48 dernières heures ? (cf. Livre photo pour estimer la taille des portions) | | | | |
|----|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | | Taille de la portion | | | | Nombre de portions |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| A | Pain, tresse et autres | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| B | Pâtes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| C | Céréales (flocons d'avoine, müesli, corn flakes etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| D | Légumineuses (Lentilles, pois, pois chiche etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

16

Au cours des 48 dernières heures, combien de repas ont été préparés par vous-même ou par quelqu'un de votre foyer ?

Déjeuner

- 0
1
2

Dîner

- 0
1
2

Souper

- 0
1
2

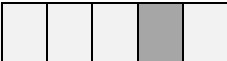



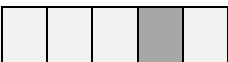

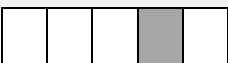

17

Pour les repas préparés par vos soins dans les dernières 48 heures, combien de ces portions consommées étaient issues de boîtes de conserve ?

Aliments

Taille de la portion
 (No de série/No pour
 portion, cf. livre
 photo)

Nombre de portions

| | | |
|---|---|---|
| a |  |  |
| B |  |  |
| C |  |  |
| D |  |  |

Activité physique

Merci de répondre aux questions suivantes en vous référant à une semaine « normale ». Une estimation est une meilleure information que « pas de réponse » ou « ne sais pas ».

18

Activité physique modérée (ou modérément intensive).

Une seule réponse possible par question (a-b).

a

Durant une semaine habituelle, à quelle fréquence exercez-vous une activité physique modérée (provoquant un essoufflement léger) comme la danse, le travail de jardinage, la marche rapide, etc. ?

- Jamais
- Moins d'une fois par semaine
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- Je ne sais pas

b

Ces jours-là, combien de temps êtes vous en moyenne actif/active ?

___ minutes par jour

19

Activité physique intensive

Une seule réponse possible par question.

a

Durant une semaine habituelle, à quelle fréquence exercez-vous une activité physique intense, pendant laquelle vous êtes essoufflé(e) ou vous transpirez

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- Moins d'1 fois par semaine
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- Je ne sais pas

b

Combien de temps par semaine exercez-vous une activité physique au point d'être essoufflé ou de transpirer ?

__ h __ min par semaine

| | |
|--|---|
| 20 | Lors de la semaine passée, combien de jours avez-vous exercé une activité physique qui vous a fait transpirer ou vous a essoufflé pendant au moins 30 minutes (par exemple entraînement, marche rapide, vélo, dans le temps libre ou en déplacement) ? L'activité physique durant le travail ou le ménage n'est pas prise en compte. Une seule réponse possible. |
| <input type="checkbox"/> 0 (aucun jour) <input type="checkbox"/> 1 jour <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours <input type="checkbox"/> 5 jours <input type="checkbox"/> 6 jours <input type="checkbox"/> 7 jours | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|--|---|---------|---|----------|--|----------|--------|--|--|---------|--|--|
| 21 | Au cours de la semaine dernière, combien de temps en moyenne êtes-vous resté assis(e) dans la journée ? | | | | | | | | | | | | |
| a | Jour de la semaine (lundi au vendredi) <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 5px;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 5px;">Par jour</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">heures</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">minutes</td> <td></td> </tr> </table> | | | : | | | Par jour | heures | | | minutes | | |
| | | : | | | Par jour | | | | | | | | |
| heures | | | minutes | | | | | | | | | | |
| b | Jour du week-end (samedi, dimanche) <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 5px;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 5px;">Par jour</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">heures</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">minutes</td> <td></td> </tr> </table> | | | : | | | Par jour | heures | | | minutes | | |
| | | : | | | Par jour | | | | | | | | |
| heures | | | minutes | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| 22 | Par quel(s) moyen(s) de transport vous rendez-vous habituellement jusqu'à votre lieu de travail (1 trajet seulement) ? Combien de temps durent ces étapes ? Plusieurs réponses possibles, veuillez compléter la durée correspondante. | | | |
| | | Minutes par jour | | |
| <input type="checkbox"/> à pied | | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> à vélo | | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> vélo électrique | | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> en transports publics (tram, bus, train) | | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> en voiture | | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> en moto / scooter | | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | | |
| | | | | |
| <input type="checkbox"/> autres (préciser) _____ | | <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> | | |
| | | | | |

Exposition à Legionella

Vous avez indiqué avoir contracté la légionellose/maladie du légionnaire. Les questions suivantes cherchent à en cerner l'origine. (RedCap: Les questions suivantes ne doivent apparaître que si la mention « Legionellose » est cochée dans la question 9.1 du questionnaire « historique médical ».)

(RedCap: Questions should only appear, if « Legionellose » is crossed in question 9.1 health matrix)

| | | | | |
|---|--|------------|------------|-----------------------|
| 23 | Dans quelle mesure les affirmations suivantes sont-elles valables dans votre cas ? Les affirmations se rapportent au réseau d'eau (incl. douche, bain) de votre logement principal. | | | |
| | Pour la résidence principale | Non | Oui | Je ne sais pas |
| | La température maximale de l'eau ne paraît pas assez chaude | | | |
| | L'eau chaude ne paraît venir que lentement quand on ouvre le robinet | | | |
| | L'eau ne paraît devenir froide que lentement quand on ouvre le robinet | | | |
| | L'eau froide devient rapidement chaude quand le robinet n'a pas été utilisé pendant un certain temps | | | |
| | Certaines canalisations ne sont pratiquement pas utilisées | | | |
| | Certains robinets ne sont jamais utilisés | | | |
| | Certains robinets sont utilisés rarement (moins d'une fois par semaine) | | | |
| | L'eau du réseau a une couleur anormale | | | |
| | L'eau du réseau a un goût anormal | | | |
| | Certaines/toutes les canalisations / armatures sont corrodées | | | |
| | Certaines/toutes les canalisations / tuyaux du réseau d'eau sont défectueux | | | |
| | La pression de l'eau est faible | | | |
| | La pression de l'eau est variable | | | |
| | Autre problème dans le réseau d'eau (si oui, merci de préciser) | | | |
| <p>Avez-vous une résidence secondaire, dans laquelle vous passez régulièrement du temps</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, merci de remplir la table suivante pour la résidence secondaire.</p> | | | | |

| Pour la résidence secondaire | Non | Oui | Je ne sais pas |
|--|-----|-----|----------------|
| La température maximale de l'eau ne paraît pas assez chaude | | | |
| L'eau chaude ne paraît venir que lentement quand on ouvre le robinet | | | |
| L'eau ne paraît devenir froide que lentement quand on ouvre le robinet | | | |
| L'eau froide devient rapidement chaude quand le robinet n'a pas été utilisé pendant un certain temps | | | |
| Certaines canalisations ne sont pratiquement pas utilisées | | | |
| Certains robinets ne sont jamais utilisés | | | |
| Certains robinets sont utilisés rarement (moins d'une fois par semaine) | | | |
| L'eau du réseau a une couleur anormale | | | |
| L'eau du réseau a un goût anormal | | | |
| Certaines/toutes les canalisations / armatures sont corrodées | | | |
| Certaines/toutes les canalisations / tuyaux du réseau d'eau sont défectueux | | | |
| La pression de l'eau est faible | | | |
| La pression de l'eau est variable | | | |
| Autre problème dans le réseau d'eau (si oui, merci de préciser) | | | |

Au cours des 12 derniers mois - ou pour des activités saisonnières, pendant la saison - à quelle fréquence avez-vous pratiqué les activités suivantes ?

| Activité | Au moins une fois par semaine | Au moins une fois par mois | Moins d'une fois par mois | Jamais |
|---|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|--------|
| Jardiner (jardin ou balcon) avec manipulation de la terre | | | | |
| Travailler avec du compost | | | | |
| Nettoyage des voitures dans les lave-autos | | | | |
| Visite piscine publique intérieure | | | | |
| Visite piscine publique extérieure | | | | |
| Utilisation d'une piscine privée à l'intérieur | | | | |
| Utilisation d'une piscine privée à l'extérieur | | | | |
| Visite spa (y inclus sauna, bain turc etc.) | | | | |

25 Avez-vous voyagé au cours des 12 derniers mois?

- Oui
- Non

Si oui, merci de préciser les points suivants :

| Dates du voyage | Destination | Type d'hébergement |
|----------------------------------|-------------|---|
| -- . -- . ---- -- . -- . ---- | ----- | <input type="checkbox"/> Maison/appartement de vacances <input type="checkbox"/> Hotel avec spa <input type="checkbox"/> Hotel sans spa <input type="checkbox"/> Auberge de jeunesse <input type="checkbox"/> AirBnB <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> chez des connaissances/famille <input type="checkbox"/> autre (merci de préciser) |
| -- . -- . ---- -- . -- . ---- | ----- | <input type="checkbox"/> Maison/appartement de vacances <input type="checkbox"/> Hotel avec spa <input type="checkbox"/> Hotel sans spa <input type="checkbox"/> Auberge de jeunesse <input type="checkbox"/> AirBnB <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> chez des connaissances/famille <input type="checkbox"/> autre (merci de préciser) |
| -- . -- . ---- -- . -- . ---- | ----- | <input type="checkbox"/> Maison/appartement de vacances <input type="checkbox"/> Hotel avec spa <input type="checkbox"/> Hotel sans spa <input type="checkbox"/> Auberge de jeunesse <input type="checkbox"/> AirBnB <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> chez des connaissances/famille <input type="checkbox"/> autre (merci de préciser) |
| -- . -- . ---- -- . -- . ---- | ----- | <input type="checkbox"/> Maison/appartement de vacances <input type="checkbox"/> Hotel avec spa <input type="checkbox"/> Hotel sans spa <input type="checkbox"/> Auberge de jeunesse <input type="checkbox"/> AirBnB <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> chez des connaissances/famille <input type="checkbox"/> autre (merci de préciser) |



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Pilot phase

Participant examination form (PEF)

Au cours de la visite d'étude

Instrument: Health examination

EXAMEN DE SANTÉ

0 Début de l'examen

- a Infirmier.e / FW ID _____
- b Date et heure ____-____-____ :__:___ (D-M-Y H : M :S)
- c Contrôle de l'identité L'infirmier.e confirme avoir vérifié l'identité du/de la participant.e
- Ev. 2nd examen - Date et heure de l'examen ____-____-____ :__:___ (D-M-Y H : M :S)

Instrument: Consent

Toutes les données recueillies sont traitées **de manière strictement confidentielle, codées** et exploitées exclusivement à des fins scientifiques.

Nous prenons très au sérieux la protection des données ainsi que le respect de la confidentialité.

CONSENTEMENT POUR SHeS – PHASE PILOTE

1 Je suis d'accord...

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| de participer à l'examen de santé | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| de recevoir les résultats de l'examen de santé et des analyses de laboratoire menées directement dans le centre de recherche | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| de mesurer mon activité physique avec un appareil à porter (accéléromètre) pendant 8 jours | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d'utiliser l'application de téléphone mobile MyFoodRepo | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| de donner des échantillons biologiques à des fins de recherche (sang et urine) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| d'être recontacté(e) pour une éventuelle participation à l'étude principale si elle a lieu | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| que mes échantillons et données récoltés lors de la phase pilote soient utilisés pour l'étude principale si elle a lieu | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

L'infirmier.e confirme que le/la participant.e a signé le consentement

A la fin de la visite, n'oubliez pas de scanner et télécharger le formulaire de consentement dans le PMT (Consent storage Instrument)

Instrument: Urine PoC

Analyse d'urine point of care

2 Proposer maintenant de fournir un échantillon d'urine

La vessie doit être vidée au plus tard avant la BIA et de préférence aussi avant les mesures anthropométriques. Si le/la participant-e ne peut pas fournir une quantité suffisante d'urine pour les analyses avant la BIA, il/elle a le droit de boire autant d'eau qu'il/elle souhaite après la BIA.

Heure de collecte d'urine _____ : _____ (H:M)

3 ALERE ACR Test (Fonction rénale)

Menstruation: Si la participante a ses menstruations, elle n'est pas éligible à cet examen. Merci de le sauter et d'indiquer les raisons en commentaires.

Test effectué Non Oui

Infirmier.e ayant effectué le test (FW ID) _____

Heure du test ACR _____ : _____ (H:M)

Appareil utilisé: SHeS-AL01L
 SHeS-AL02L
 SHeS-AL01- Bern

RESULTATS

ACR (Albumine / Créatinine) _____ mg/mmol

Albumine _____ mg/L

Créatinine _____ mmol/L

Problèmes avec le test ACR - Commentaires :

Instrument: Screening Questionnaire

QUESTIONS DE DÉPISTAGE AVANT L'EXAMEN DE SANTÉ

scr1 **État de santé actuel** – le tableau ci-après dresse la liste de plusieurs symptômes.
Pour chaque symptôme, veuillez indiquer si vous les avez présentés au cours des 2 dernières semaines et si ces symptômes sont actuellement présents.

| Symptôme | Survenu ces 2 dernières semaines | Survenu ces dernières 24h |
|---|---|---|
| a Toux | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| b Sifflement au cours de la respiration | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| c Détresse respiratoire | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| d Sensation de faiblesse | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| e Nez bouché | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| f Grippe / symptômes grippaux | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| g Fièvre | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| h Douleurs thoraciques | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → voir 2.4-WI-HEA-09-Chest pain |

Notes/Commentaires :

scr2 Veuillez répondre aux questions suivantes sur les infections survenues ces dernières semaines

- a **Au cours des dernières semaines, avez-vous contracté une infection des voies respiratoires?** Non → **veuillez passer à la question scr3**
 Oui, quand? Date: __-__-__ (D-M-Y)
Depuis combien de jours êtes-vous totalement guéri(e) de cette infection? _____
- b **Avez-vous contracté une quelconque autre infection?** Non → **veuillez passer à la question scr3**
 Oui, quand? Date: __-__-__ (D-M-Y)
De quelle infection s'agissait-il? _____
Depuis combien de jours êtes-vous totalement guéri(e) de cette infection? _____
- c **Avez-vous contracté une quelconque autre infection?** Non → **veuillez passer à la question scr3**
 Oui, quand? Date: __-__-__ (D-M-Y)
De quelle infection s'agissait-il? _____
Depuis combien de jours êtes-vous totalement guéri(e) de cette infection? _____
- d **Avez-vous contracté une quelconque autre infection?** Non → **veuillez passer à la question scr3**
 Oui, quand? Date: __-__-__ (D-M-Y)
De quelle infection s'agissait-il? _____
Depuis combien de jours êtes-vous totalement guéri(e) de cette infection? _____

scr3 Veuillez répondre aux questions suivantes :

- a À quelle heure avez-vous mangé pour la dernière fois ou consommé une boisson sucrée? ___ : ___ (H:M) (Format 24:00)
- b Au cours des dernières 24 heures, avez-vous effectué des activités physiques fatigantes? Non
 Oui, quand? ___ : ___ (H:M) (Format 24:00)
- c Quel est votre comportement tabagique? Non-fumeur
→ veuillez passer à la sous-question -e
 Ancien fumeur **→ veuillez passer à la sous-question -e**
 Fumeur
- d Avez-vous fumé au cours de la dernière heure? Non Oui
- e La nuit, utilisez-vous un dilatateur nasal (strip nasal) pour mieux respirer? Non Oui
- f Avez-vous recours à une oxygénothérapie? Non
 Oui, selon les besoins
 Oui, de nuit
 Oui, de jour
 Oui, de nuit et de jour
- g Avez-vous besoin d'un système de ventilation en pression positive continue (CPAP) pendant la nuit? (Avec masque nasal) Non Oui

| scr4 | Veuillez répondre aux questions suivantes sur les médicaments ayant pour fonction d'améliorer la respiration. | |
|------|---|--|
| a | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un produit d'inhalation? | <input type="checkbox"/> Non → veuillez passer à la sous-question -c |
| b | De quel médicament s'agissait-il, quel en était le dosage et quand l'avez-vous inhalé? | <input type="checkbox"/> Oui _____ _____ |
| c | Au cours des six dernières heures, avez-vous pris un médicament pour la respiration? | <input type="checkbox"/> Non → veuillez passer à la sous-question -e |
| d | De quel médicament s'agissait-il, quel en était le dosage et quand l'avez-vous inhalé? | <input type="checkbox"/> Oui, il y a plus d'une heure <input type="checkbox"/> Oui, il y a moins d'une heure _____ |
| e | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments à inhaler afin de mieux respirer? | <input type="checkbox"/> Non → veuillez passer à la sous-question -g |
| f | Veuillez faire une liste de tous les aérosols que vous avez utilisés au cours des 12 derniers mois. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je ne sais pas _____ _____ _____ _____ _____ |
| g | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des pilules, gélules ou comprimés afin de mieux respirer? | <input type="checkbox"/> Non → veuillez passer à la question scr5 |
| h | Veuillez indiquer les noms de ces médicaments que vous avez utilisés au cours des 12 derniers mois. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Je ne sais pas _____ _____ _____ _____ _____ |

| scr7 Critères d'exclusion pour BP. Veuillez répondre aux questions suivantes | |
|---|---|
| a | <p>Avez-vous subi une radiothérapie ou une ablation des ganglions lymphatiques au niveau des aisselles, p. ex. après un cancer du sein?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, du côté droit <input type="checkbox"/> Oui, du côté gauche <input type="checkbox"/> Oui, des deux côtés</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> BP** <input type="checkbox"/> BP** <input type="checkbox"/> Pas de BP </p> |
| b | <p>Avez-vous un shunt dans l'artère brachiale?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, du côté droit <input type="checkbox"/> Oui, du côté gauche <input type="checkbox"/> Oui, des deux côtés</p> <p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> BP** <input type="checkbox"/> BP** <input type="checkbox"/> Pas de BP </p> |

****BP:** Placer le brassard de tension artérielle de l'autre côté et le noter.

| scr8 Critères d'exclusion pour BIA - Veuillez répondre aux questions suivantes | |
|---|---|
| a | <p>Avez-vous des vasoconstrictions dans les jambes ou les bras qui entraînent des troubles de la circulation sanguine?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> |
| b | <p>Avez-vous déjà subi une opération de l'artère carotide ou de l'aorte?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> |
| c | <p>Avez-vous des prothèses articulaires métalliques?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → pas de BIA</p> |
| d | <p>Avez-vous subi une amputation de la jambe?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → pas de BIA</p> |
| e | <p>Avez-vous subi une amputation du bras?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → pas de BIA</p> |
| f | <p>Portez-vous un stimulateur cardiaque (pacemaker)?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → pas de BIA</p> |
| g | <p>Portez-vous un défibrillateur implanté?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → pas de BIA</p> |
| h | <p>Souffrez-vous d'un œdème, d'une gangrène (nécrose tissulaire) ou d'un ulcère étendu aux jambes ou aux bras?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → pas de BIA</p> |
| i | <p>Avez-vous un implant cochléaire ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui → pas de BIA</p> |

| scr9 | Critères d'exclusion pour spirométrie – Veuillez répondre aux questions suivantes | | |
|------|--|------------------------------|---|
| a | Au cours des 3 derniers mois, avez-vous subi une opération au niveau de la cage thoracique ou du ventre? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| b | Souffrez-vous d'un décollement de la rétine ou avez-vous subi une opération des yeux au cours des 3 derniers mois? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| c | Avez-vous eu un pneumothorax (collapsus pulmonaire)? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| d | Avez-vous eu un anévrisme de l'aorte? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| e | Avez-vous eu une embolie pulmonaire au cours des 3 derniers mois? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| f | Avez-vous eu un infarctus du myocarde au cours des 3 derniers mois? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| g | Avez-vous été hospitalisé(e) pour des problèmes cardiaques au cours des 4 dernières semaines? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| h | Souffrez-vous actuellement d'une tuberculose? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| i | Prenez-vous actuellement des médicaments pour traiter la tuberculose? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| j | Souffrez-vous actuellement d'une pneumonie ou d'une autre maladie pulmonaire qui nécessite de l'oxygénothérapie? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| K | Avez-vous subi un traumatisme crânien ou une opération du cerveau au cours des 3 derniers mois? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| l | Avez-vous souffert d'une attaque vasculaire cérébrale au cours des 3 derniers mois? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| m | Avez-vous actuellement une otite (infection de l'oreille moyenne)? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| n | Avez-vous craché du sang au cours du dernier mois (dans les expectorations)? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| o | Avez-vous un problème physique qui vous empêche de prendre une respiration profonde ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Pas de spirométrie |
| p | Êtes-vous actuellement enceinte ou allaitez-vous ? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → si dernier trimestre de grossesse pas de spirométrie |

| scr12 | Critères d'exclusion pour le test de la force de préhension - Veuillez répondre aux questions suivantes | | |
|-------|---|------------------------------|---|
| a | Avez-vous subi une opération aux mains ou aux poignets au cours des 3 derniers mois? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Préhension** |
| b | Avez-vous d'autres blessures qui empêchent un test de la force de préhension? P. ex. plaies aux mains, plâtre, prothèses? | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui → Préhension** |

Préhension**: réalisez le test de la force de préhension de l'autre côté.

| scr13 Questions pour le test OPEA (Lausanne) - Veuillez répondre aux questions suivantes | | |
|--|--|---|
| scr13.1 Dans les 24 dernières heures, avez-vous consommé: | | |
| a | Des fruits à coque (amandes, noix, noisettes,...) | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| b | Des fruits frais ou du jus de fruit (sans sucre) | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| c | Des légumes frais | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| d | Des épices indiennes (curcuma, cumin,...) | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| e | Des huiles végétales crues | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| f | Des produits transformés (biscuits industriels, bonbons, chips, chocolats,...) | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| g | De la friture (frites, hamburger,...) | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| h | Du café ou du thé | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| i | Du vin rouge | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| scr13.2 Veuillez indiquer pour les moyens de transport suivants le temps passé dans chacun d'eux pour vous rendre ici aujourd'hui | | |
| a | Train | _____ (min) |
| b | Métro | _____ (min) |
| c | Bus | _____ (min) |
| d | Voiture | _____ (min) |
| e | Marche à pied /trotinette | _____ (min) |
| f | Vélo (y compris vélo électrique) | _____ (min) |
| g | Tram | _____ (min) |
| h | Moto/scooter | _____ (min) |
| i | Bateau | _____ (min) |
| scr13.3 Souffrez-vous actuellement | | |
| a | D'asthme ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| b | D'une rhinite allergique ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| c | D'une autre maladie respiratoire ? | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |

| | | |
|--|---|---|
| scr13.4 Dans les dernières 24 heures, avez-vous pris : | | |
| a | Un médicament | <input type="checkbox"/> Non → <i>veuillez passer à la sous-question -b</i> <input type="checkbox"/> Oui |
| | Si Oui, Médicament - veuillez indiquer le(s)quel(s): | _____ _____ _____ _____ _____ _____ |
| b | Un supplément alimentaire ou vitaminique | <input type="checkbox"/> Non → <i>veuillez passer à la sous-question -c</i> <input type="checkbox"/> Oui |
| | Si Oui, Supplément alimentaire ou vitaminique - veuillez indiquer le(s)quel(s): | _____ |
| c | Un autre traitement | <input type="checkbox"/> Non → <i>veuillez passer à scr13.5</i> <input type="checkbox"/> Oui |
| | Si Oui, Un autre traitement - veuillez indiquer le(s)quel(s) | _____ |
| scr13.5 Veuillez indiquer combien, dans les dernières 24 heures, vous avez fumé de : (indiquez '0' si vous êtes non-fumeur) : | | |
| Si non-fumeur ou ancien fumeur : <i>La personne a indiqué être non-fumeuse / ancienne fumeuse</i> | | |
| Si fumeur | | |
| a | Cigarettes | _____ |
| b | Cigares | _____ |
| c | Pipes | _____ |
| d | Cigarillos | _____ |
| e | Cigarettes électroniques (si rechargeable, veuillez indiquer la dose de nicotine) | _____ |
| Notes/Commentaires : | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| _____ | | |

Instrument: Blood pressure

Pression artérielle

2.a Pression artérielle

Pression artérielle : **le/la participant.e n'est pas éligible à cet examen.** Pas effectuée

Appareil utilisé: SHeS-BP01L
 SHeS-BP02L
 SHeS-BP01-Bern

Quelle taille de brassard? large
 standard

Les mesures doivent être prises au bras GAUCHE à moins que le/la participant.e ait subi une radiothérapie ou une ablation des ganglions lymphatiques au niveau de l'aisselle gauche ou ait subi un shunt dans l'artère brachiale du côté gauche.

Dans ce cas, placer le brassard de tension artérielle du côté droit et indiquer le ici.

Si tel est le cas (selon PEF – Screening questionnaire), apparition du texte suivant sur REDCap :

Le/la participant.e a subi une radiothérapie ou une ablation des ganglions lymphatiques au niveau d'une aisselle ou a subi un shunt dans l'artère brachiale d'un côté.

Placer le brassard de tension artérielle de l'autre côté et le noter.

Côté: gauche droit

Circonférence du bras: _____ cm

a.1 RESULTATS

| RESULTATS | Mesure1 | Mesure 2 | Mesure 3 |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Heure selon tensiomètre: (Format: 24:00): | __ : __ Heure (H :M) | __ : __ Heure (H :M) | __ : __ Heure (H :M) |
| TA systolique : | _____ mmHg | _____ mmHg | _____ mmHg |
| TA diastolique : | _____ mmHg | _____ mmHg | _____ mmHg |
| Pouls : | _____ bpm | _____ bpm | _____ bpm |

Info importante FW: : Attendre au minimum 1 minutes entre les mesures.

2.b Questions supplémentaires pour le temps d'attente entre les trois mesures

a Si vous mesurez la pression artérielle vous-même à la maison, la pression artérielle mesurée ici est-elle plus élevée, plus basse ou équivalente à celle mesurée à la maison?

Info FW: veuillez prendre la valeur la plus basse des trois mesures comme comparaison.

- Je ne mesure pas la pression artérielle à la maison → **veuillez passer à la sous-question -3 (PEF-HAND Grip)**
- plus basse
- équivalente
- plus élevée

b Lorsque vous mesurez la pression artérielle à la maison au repos, les valeurs sont-elles toujours plus ou moins identiques ou les valeurs sont-elles très différentes d'une mesure à l'autre?

- Oui, les valeurs sont plus ou moins identiques systolique ___ / diastolique __
- Non, les valeurs sont très différentes d'une mesure à l'autre

Valeurs les plus basses
systolique ___ / diastolique __

Valeurs les plus hautes
systolique ___ / diastolique __

Notes/Commentaires :

Instrument: Hand grip (HG)

Force de préhension

3 Test de mesure de la force de préhension

Selon PEF – Screening questionnaire, apparition du texte suivant sur REDCap :

Le/la participant.e a subi une opération aux mains ou aux poignets ou déclare avoir subi d'autres blessures qui empêchent un test de la force de préhension.

Réalisez le test de la force de préhension de l'autre côté.

Pas effectuée

a Début du test: __ : __ (H :M) (Format heure: 24:00)

b Appareil utilisé
 SHeS-HG01L
 SHeS-HG01-Bern
 SHeS-HG02-Bern

c Main dominante ? Droitier(ière) Gaucher(ère)

d Main utilisée pour effectuer le test Droite Gauche

e Mesure1 __ __ kg

f Mesure2 __ __ kg

g Mesure3 __ __ kg

Notes/commentaires

Si pas encore fait: Proposer maintenant de fournir un échantillon d'urine

La vessie doit être vidée au plus tard avant la BIA et de préférence aussi avant les mesures anthropométriques. Si le/la participant.e ne peut pas fournir une quantité suffisante d'urine pour les analyses avant la BIA, il/elle a le droit de boire autant d'eau qu'il/elle souhaite après la BIA.

Notes/Commentaires :

| Instrument: Anthropometry | |
|---|---|
| Anthropometrie | |
| 4 | Taille, poids, tour de la taille, des hanches et du cou |
| | <input type="checkbox"/> Pas effectuées |
| Appareil utilisé- Poids: | <input type="checkbox"/> CRC-WE01 <input type="checkbox"/> Bern-WE01 |
| Appareil utilisé – taille : | <input type="checkbox"/> CRC-HE01 <input type="checkbox"/> Bern-HE01 |
| Ruban à mesurer : | <input type="checkbox"/> SHES-TM01 <input type="checkbox"/> SHES-TM02 <input type="checkbox"/> SHES-TM01-Bern |
| Tour de cou: ___._ cm (ex. 27.8) | Taille: ___._ cm (ex. 178.5) |
| Poids: ___._ Kg (ex. 80.4) | Tour de taille : ___._ cm (ex. 50.2) |
| Tour de hanches ___._ Cm (ex. 100.1) | |
| BMI | _____ |
| Notes/Commentaires : | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

| Instrument: BIA | |
|--|--|
| Bioimpédance | |
| 5 | Analyse bioélectrique de l'impédance |
| <i>Selon PEF – Screening questionnaire, apparition du texte suivant sur REDCap :</i> | |
| BIA: le/la participant.e n'est pas éligible à cet examen. | |
| | <input type="checkbox"/> Pas effectuée |
| a Appareil BIA utilisé: | <input type="checkbox"/> SHES-BIA01 <input type="checkbox"/> SHES-BIA02 <input type="checkbox"/> SHES-BIA01-Bern |
| b Température de la pièce: | _____ C° |
| Notes/Commentaires : | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

Instrument: Blood sample PoC

Prélèvement sanguin point-of-care

6 Piques aux doigts : tests HbA1c et bilan lipidique

a Infirmier.e / FW ID _____ (FW ID)

ALERE HbA1c Test

Prise de sang capillaire 1

b Test effectué Non Oui

b Appareil utilisé SHES-AL01L
 SHES-AL02L
 SHES-AL01-Bern

b Prise de sang capillaire 1 Droite Gauche

b Heure of HbA1c Test __ : __ (H :M)

b RESULTATS

HbA1c _____ %

Problèmes avec HbA1c Test Commentaire _____

Prise de sang capillaire 2

c Test effectué Non Oui

c Prise de sang capillaire 2 Droite Gauche

c Heure of Lipid Test __ : __ (H :M)

c Appareil utilisé SHES-AL01L
 SHES-AL02L
 SHES-AL01-Bern

c RESULTATS

Cholestérol total _____ mmol/L

LDL cholestérol _____ mmol/L

HDL cholestérol _____ mmol/L

Triglycérides _____ mmol/L

Non-HDL cholestérol _____ mmol/L

Cholestérol / HDL _____

Problèmes avec Lipid Test Commentaire _____

Notes/Commentaires :

Instrument: Spirometry

Spirométrie

| | |
|---|---|
| 7 | Spirométrie |
| Selon PEF – Screening questionnaire, apparition du texte suivant sur REDCap : | |
| Spirométrie : Le/la participant.e n'est pas éligible à cet examen. | |
| <input type="checkbox"/> Pas effectué | |
| Appareil utilisé: <input type="checkbox"/> SHES-SP01L <input type="checkbox"/> SHES-SP01-Bern | |
| b | Début de l'examen: __: __ (H :M) (Format heure: 24:00) |
| c | Température de la pièce: ____. __ °C (Take the info from your "weather station") |
| d | Humidité : _____ % (Take the info from your "weather station") |
| e | Pression atmosphérique : _____ hPa (Take the info from your "weather station") |
| Les résultats de la spirométrie se trouvent-ils dans la norme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Notes/Commentaires : _____ _____ _____ | |

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Instrument: OPEA | |
| Test OPEA | |
| <input type="checkbox"/> Pas effectué | |
| Début de l'examen | __-__-__ __:__:__ (D-M-Y H : M :S) |

| | |
|--|---|
| Instrument: Qs completion | |
| 8 | Pour finir, complétez les questionnaires |
| <input type="checkbox"/> Complété ou déjà complet <input type="checkbox"/> Non complété pour la raison suivante (voir commentaires) | |
| Notes / Commentaires | _____ _____ _____ _____ |

| Instrument: Accelerometry | |
|--|--|
| Accéléromètre | |
| 9 | Accéléromètre |
| a | L'accéléromètre a-t-il été donné au/à la participant ·e? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Accéléromètre non disponible |
| Créez une Contact Activity - Accelerometer Registration | |
| b | La Contact Activity a-t-elle été créée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Notes/Commentaires : _____ _____ _____ | |

| Instrument: MyFoodRepo | |
|--|---|
| Application de suivi alimentaire | |
| | MyFoodRepo app |
| a | Le/la participant.e a-t-il/elle accepté d'utiliser l'application MyFoodRepo pendant 8 jours consécutifs? <input type="checkbox"/> Oui → Allouer clé d'identification sur le site MFR <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> L'application n'a pas été proposée au participant (merci d'indiquer la raison en commentaire) |
| Si oui : | |
| b | La clé d'identification a-t-elle été allouée au /à la participant.e ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Clé d'identification MFR : _____ | |
| Date présumée de début d'utilisation : __-__-__ | |
| Date présumée de fin d'utilisation : __-__-__ | |
| Retrait d'acceptation: après la visite, le/la participant.e a finalement refusé d'utiliser l'application. <input type="checkbox"/> Retrait | |
| Notes/Commentaires : _____ _____ _____ | |

Instrument: Communication

Communication des résultats

VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS

10 Éligibilité pour la sous-étude Sélénium

Le participant a-t-il accepté de remplir le questionnaire du sous-projet Sélénium ?

- Oui → Dans le PMT, dans les détails du participant, cliquez maintenant sur "Add participant to Selenium"
- Non
- Ce participant n'est pas un participant Sélénium
- Not applicable

11

Aperçu des résultats et du matériel fournis au/à la participant·e

- Résultats du bilan de santé
- Rapport BIA
- Mesure de la fonction pulmonaire / spirométrie
- Matériel pour l'accéléromètre
- Directives MyFoodRepo
- Rappel Flyer Sélénium (seulement Lausanne)
- Certificat de participation
- Aucun

Merci de cocher cette case si le/la participant.e souhaite recevoir ses résultats de laboratoire

- Résultats de laboratoire à envoyer

12 Incidental Findings Registration

Notes/Commentaires :

Instrument: Venous Blood Collection

Prélèvement de sang veineux

13 Prise de sang

Pas effectué

a Début de la prise de sang : __ : __ (H :M) (Format heure: 24:00)

a Fin de la prise de sang : __ : __ (H :M) (Format heure: 24:00)

Notes/Commentaires :

14 Fin de l'examen de santé

Fin de l'examen : __ : __ (H :M) (Format heure: 24:00)

Identifiant du FW : _____ (@username)



Pour moi. Pour tous.
Étude suisse sur la santé

Pilot phase

Votre potentielle contribution (A2)

Entretien pendant la visite d'étude

| | |
|--------------------------|---|
| 1 | Pensez-vous que d'autres membres de votre famille seraient prêts à participer à une étude de santé ? |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

| | |
|--------------------------|--|
| 2 | Seriez-vous prêt à vous déplacer avec votre enfant mineur, avec son accord, dans un centre d'étude de votre région pour un bref examen de santé ? |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

| | |
|--------------------------|---|
| 3 | Seriez-vous prêt à laisser examiner votre animal de compagnie par un vétérinaire pour permettre de mieux comprendre les liens entre santé humaine et animale ? |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

| | |
|--------------------------|--|
| 4 | Quelle est votre attitude vis-à-vis de l'utilisation d'applications sur smartphone ? Seriez-vous d'accord de répertorier vos activités physiques ou vos repas à l'aide d'une application sur votre téléphone mobile ? |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

| | |
|--------------------------|--|
| 5 | Accepteriez-vous un suivi GPS lors d'une de vos journées habituelles ? <i>Ces données sont utiles pour étudier l'exposition au bruit, à la pollution atmosphérique ou à certains produits chimiques. L'évaluation n'a pas lieu en temps réel.</i> |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

| | |
|--------------------------|--|
| 6 | A quel intervalle de temps seriez-vous d'accord de remplir des questionnaires supplémentaires ? |
| <input type="checkbox"/> | 2 fois par an |
| <input type="checkbox"/> | 1 fois par an |
| <input type="checkbox"/> | Tous les 2 ans |
| <input type="checkbox"/> | Tous les 5 ans |
| <input type="checkbox"/> | Je ne désire pas répondre à des questionnaires supplémentaires |

| | |
|--------------------------|---|
| 7 | A quel intervalle de temps accepteriez-vous d'avoir un nouvel examen avec une prise d'échantillons biologiques ? |
| <input type="checkbox"/> | 1 fois par an |
| <input type="checkbox"/> | Tous les 2 ans |
| <input type="checkbox"/> | Tous les 5 ans |
| <input type="checkbox"/> | Tous les 10 ans |
| <input type="checkbox"/> | Je n'aimerais pas participer à d'autres examens |

| | |
|--------------------------|--|
| 8 | Seriez-vous d'accord de faire un examen mensuel simple dans une pharmacie de votre choix (par exemple prise de votre pression sanguine) ? |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

| | |
|--------------------------|--|
| 9 | Seriez-vous d'accord d'utiliser un instrument de mesure à la maison pour un suivi (p.ex. appareil pour mesurer le rythme cardiaque) ? |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

| | |
|--------------------------|---|
| 10 | Pourriez-vous envisager de participer à une étude de santé suisse de grande envergure (>100'000 participants) ? |
| <input type="checkbox"/> | Oui |
| <input type="checkbox"/> | Non |
| <input type="checkbox"/> | Je ne sais pas |

11

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