

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 claire (voir exemple au dessus)**.

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
1	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"/>
2	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"/>
3	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"/>
4	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"/>
5	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"/>
6	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"/>
7	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
8	Autre cancer : _____	<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	Autre cancer : _____	<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
10a	Diabète sucré de type 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"/>
10b	Diabète sucré de type II	<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"/>
10c	Diabète gestationnel (pendant la grossesse)	<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
11	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"/>
12	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"/>
13a	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"/>
13b	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"/>
13c	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 14.1 à Z 14.3

Z 14.1

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 14.2

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

Indiquez un âge même approximatif.

--	--

Ans

Z 14.3

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
15	Ulcère gastrique ou duodéal <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"/>
16	Brûlures d'estomac ou remontées gastriques <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"/>
17	Inflammation intestinale (ex. rectocolite ulcéreuse ou maladie de Crohn) <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"/>
18	Calculs biliaires <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"/>
19	Cirrhose du foie <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"/>
20	Calculs rénaux, dans l'uretère ou la vessie <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"/>
21	Atteinte de la fonction rénale (ex. insuffisance rénale 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"/>

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

Z 22.1

Avez-vous déjà été dialysé-e ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

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
23	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"/>
24	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"/>
25	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"/>
26	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"/>
27	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"/>

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
28 <i>Arthrite rhumatoïde / Polyarthrite</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"/>
29 <i>Sclérose en plaques</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"/>
30 <i>Fibromyalgie</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"/>
31 <i>Malformation congénitale</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"/>
32 <i>Autre maladie 1 :</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"/>
33 <i>Autre maladie 2 :</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"/>

Santé générale

34

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:

35

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

36

Avez-vous une allergie ou une intolérance alimentaire ?

- Non, je n'en ai pas

- Oui. Si oui, lesquels ? *Plusieurs réponses possibles*
- Lactose
- Gluten
- Autres : _____

37

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

--	--	--

Santé reproductive

38

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

- Non (passez directement à la question 123)
- Oui, Nombre total d'enfants biologiques : _____ ?

39

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	
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.

40

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

41

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