

# Formulaire d'inscription à l'étude d'imprégnation aux dioxines

Le but de cette étude est de déterminer la quantité de dioxines absorbées suite à une alimentation contaminée plus particulièrement à Lausanne. Pour cela, il faut disposer d'une valeur de référence de la population. Or, il n'existe à présent aucune valeur de référence pour les dioxines dans le sang. Le but de cette étude est donc d'avoir deux groupes de population, un groupe de personnes exposées et un groupe de personnes non-exposées.

Si vous souhaitez participer à cette étude, un échantillon de sang vous sera prélevé lors d'une visite. Nous ferons des mesures de bio impédance (comme par exemple le pourcentage de graisse). Enfin, des questionnaires seront à remplir. Pour s'assurer que les concentrations de dioxines sont en lien avec l'alimentation, nous vous demanderons de remplir plusieurs questionnaires durant la semaine précédant la prise de sang. Il ne faut pas que vous changiez vos habitudes alimentaires car nous sommes intéressés à connaître l'exposition réelle de la population.

Les prises de sang permettront de mesurer entre autre la concentration de dioxines dans le sang. Un total de 260 ml vous sera prélevé en une fois. Il s'agit de l'équivalent d'un demi don de sang. Afin de nous assurer que vous êtes apte à donner votre sang, nous vérifierons votre pression artérielle, votre pouls et votre niveau d'hémoglobine avant la prise de sang. Pour les mesures de bio impédance, nous utiliserons une balance électronique et des mesures telles que votre taille et votre tour de hanches seront faites avec un ruban centimétrique.

De plus, nous souhaitons valider un test rapide. Afin d'être sur de cibler les dioxines, nous allons également quantifier la concentration de certains polluants organiques persistants dans le sang. Nous allons cibler les pesticides qui ont un mode d'action similaire aux dioxines. Cette mesure devrait nous permettre d'estimer si les dioxines jouent un rôle plus important comme perturbateur endocrinien que les pesticides provenant de votre alimentation. Si vous le souhaitez, nous vous communiquerons vos résultats personnalisés (concentration de dioxines et pesticides) à la fin de l'étude.

En répondant à ce questionnaire, il est possible que vous ne soyez pas retenu pour l'étude qui ne portera que sur un échantillon restreint de la population. Toutefois, si vous l'acceptez, nous conserverons vos données pour une potentielle deuxième partie. Nous vous remercions d'avance pour votre intérêt.

---

IN\_pop

- excluded  
 included

## Données personnelles

Nom

---

Prénom

---

Email

---

Numéro de téléphone

---

Quel est le sexe qui vous a été attribué à la naissance?

- Femme  
 Homme

Quelle est votre date de naissance?

---

( (jj-mm-aaaa) )

Fumez-vous?

- Oui  
 Non  
 Je ne souhaite pas répondre

**Historique médical**

Avez-vous du diabète?

- Oui  
 Non  
 Je ne souhaite pas répondre

Souffrez-vous de troubles de la thyroïde?

- Oui  
 Non  
 Je ne souhaite pas répondre

Avez-vous perdu du poids de manière importante au cours des 12 dernier mois?

- Oui  
 Non  
 Je ne souhaite pas répondre

Nombre de kilo perdu:

---

  
(kg)

Poids actuel:

---

  
(kg)

Avez-vous des carences en fer (anémie) connues ?

- Oui  
 Non  
 Je ne souhaite pas répondre

Avez-vous un pacemaker ou autre implant mécanique?

- Oui  
 Non  
 Je ne souhaite pas répondre

Êtes-vous enceinte?

- Oui  
 Non

Avez-vous allaité au cours des 5 dernières années?

- Oui  
 Non

Êtes-vous actuellement en train d'allaiter?

- Oui  
 Non

**Cadre de vie**

Dans quel type de logement habitez-vous?

- Appartement ou Maison  
 Appartement ou Maison avec accès à un jardin  
 Autre

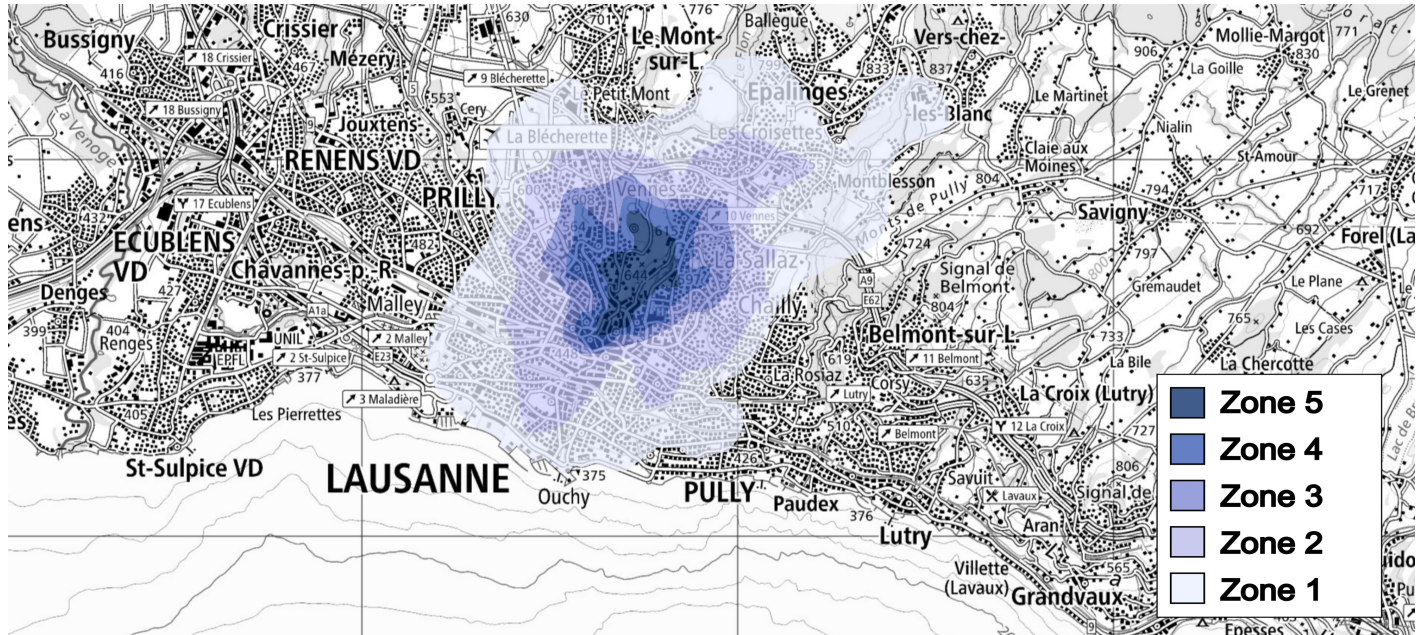
Voici une carte de la contamination de Lausanne avec les zones numérotées de 1 à 5 en fonction de la contamination en dioxines.

Vous pouvez trouver cette carte sous le lien: [Guichet cartographique cantonal \(vd.ch\)](http://Guichet.cartographique.cantonal.vd.ch)

Thème: Eaux et sites pollués

> Pollution des sols aux dioxines

>> Recommandations sanitaires par classe de pollution potentielle



Dans quelle zone de concentration aux dioxines habitez-vous?

- hors zone  
 zone 1  
 zone 2  
 zone 3  
 zone 4  
 zone 5  
 Je ne sais pas

Avez-vous fait analyser le sol de votre jardin ?

- Oui  
 Non

La concentration de votre jardin est de \_\_\_\_\_ ng TEQ /kg (analyse en soxhlet)

\_\_\_\_\_

Depuis combien d'années vivez-vous dans votre logement actuel ?

(années) \_\_\_\_\_

Avez-vous des poules ?

- J'avais une ou plusieurs poules  
 J'ai une ou plusieurs poules  
 Je n'ai jamais eu de poule

Mangez-vous vos œufs?

- je mangeais les œufs  
 je mange toujours mes œufs  
 je n'ai jamais mangé mes œufs

Je mangeais \_\_\_\_\_ œufs par semaine

\_\_\_\_\_

pendant \_\_\_\_ années

---

date des derniers œufs mangés

---

((jj-mm-aaaa))

---

je mange \_\_\_\_ œufs par semaine

---

depuis \_\_\_\_ années

---

Avez-vous cultivé des cucurbitacées (courges, courgettes, concombres...) sur votre terrain contaminé aux dioxines ?

- Je n'ai pas cultivé de cucurbitacées  
 J'ai cultivé et mangé des cucurbitacées de mon jardin

J'ai mangé \_\_\_\_ portion de 100g par semaine

---

Pendant \_\_\_\_ années

---

Pensez-vous que vous puissiez être exposé-e aux dioxines via d'autres aliments que vous consommez régulièrement?

---

Si oui veuillez précisez :

---

### A quelle fréquence utilisez-vous les produits suivants?

	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
Pesticides (spray, diffuseur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A quelle fréquence mangez-vous des repas préparés uniquement avec des produits biologiques (à votre connaissance) ?

- 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

D'une manière générale, quelle est l'origine des produits alimentaires que vous consommez?

- Local  
 Suisse  
 Européen  
 hors EU  
 Je ne sais pas

**Commentaires**

Avez-vous des commentaires ou autres précisions?

---

**Inscription à l'étude**

Ce questionnaire fait office de pré-sélection pour participer à l'étude sur les dioxines. En nous le retournant, vous acceptez les conditions d'usage des données suivantes :

- Si vous êtes sélectionné·e, vos données seront conservées et un consentement écrit vous sera demandé pour la suite de l'étude.
- Si vous n'êtes pas éligible, vous pouvez en être informé:

---

Souhaitez-vous être informé·e que vous ne remplissez pas les critères d'inclusion ?

- Oui (vos données seront utilisées pour vous informer, puis elles seront effacées)
- Non (vos données seront effacées immédiatement après la phase de sélection)

---

• Si vous êtes éligible, mais pas sélectionné en raison d'un grand nombre de participants, vous pouvez rester inscrit·e dans le cas d'une éventuelle suite à l'étude actuelle:

---

Souhaitez-vous que nous conservions votre inscription ?

- Oui (vos données seront conservées jusqu'à la fin de l'étude actuelle et utilisées pour vous recontacter)
- Non (vos données seront effacées immédiatement après la phase de sélection)

**test**

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

Aliment	FREQUENCE	PROVENANCE
5. pain blanc, pain de mie, de campagne, au lait, tresse, pain complet, pain au seigle		
portion de réf: 50g = 1 tranche		
{freq_p5};{freq_p6} {prov_p5}		
6. muesli ou autres céréales mélangées		
portion de réf: 50g = 1/2 gobelet de yaourt		
{freq_p6} {prov_p6}		
7. corn-flakes, blé soufflé, céréales soufflées		
portion de réf: 30g = 1 gobelet de yaourt		
{freq_p7} {prov_p7}		
8. biscottes, pain grillé "suédois", crackers complets (darvida, blevita, etc.)		
portion de réf: 18g = 3 pièces		
{freq_p8} {prov_p8}		

	chambre
Test1	<input type="checkbox"/>
Test2	<input type="checkbox"/>

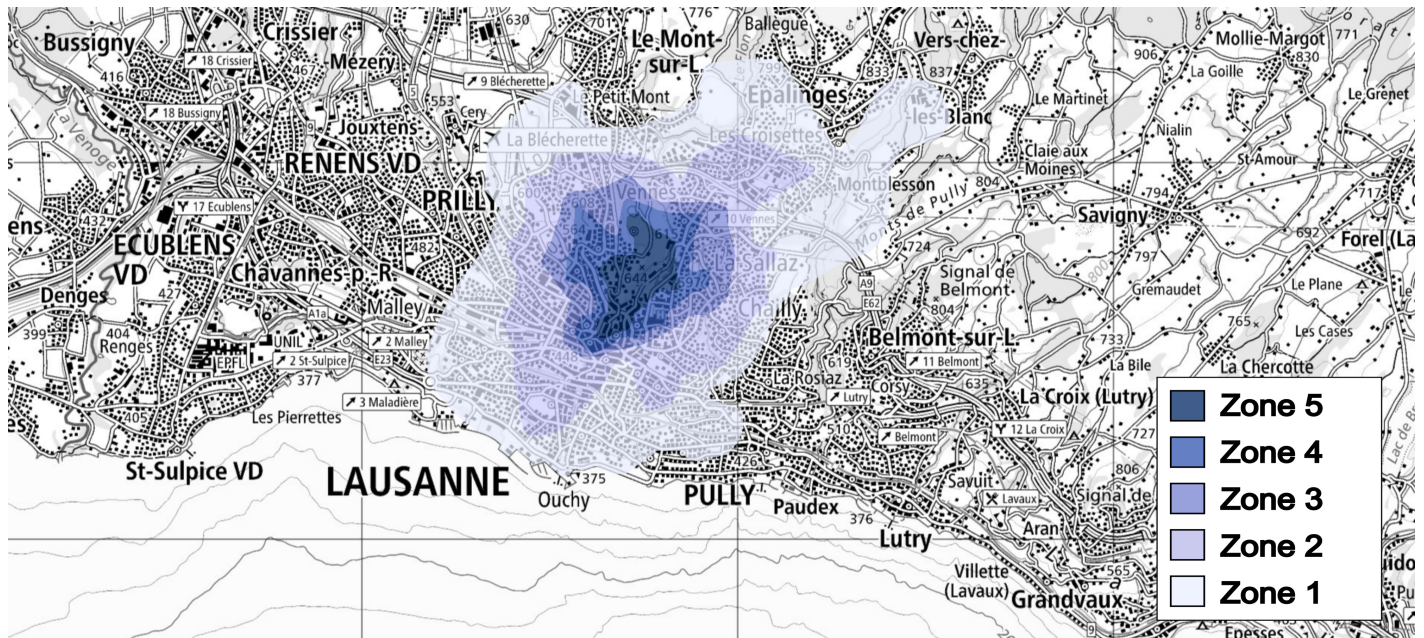
# Admin

Veillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

Voici une carte de la contamination de Lausanne avec les zones numérotées de 1 à 5 en fonction de la contamination en dioxines.

Vous pouvez trouver cette carte sous le lien: [Guichet cartographique cantonal \(vd.ch\)](#)



En regardant la carte de Lausanne. Veuillez inscrire dans quelle zone de concentration aux dioxines se trouve votre domicile. (adresse à laquelle vous passez le plus clair de votre temps, incluant les nuitées.)

- hors zone
- zone 1
- zone 2
- zone 3
- zone 4
- zone 5

Résidence secondaire

Avez-vous une résidence secondaire dans laquelle vous passez régulièrement du temps ?

- Oui
- Non

Dans quelle zone de contamination aux dioxines se situe cette habitation?

- hors zone
- zone 1
- zone 2
- zone 3
- zone 4
- zone 5
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

Durée de séjour à cette adresse:

- Habituellement 5 jours par semaine ou plus
- Habituellement moins de 5 jours par semaine

Pendant les mois suivants (plusieurs réponses possibles) :

- Janvier - Mars
- Avril - Juin
- Juillet - Septembre
- Octobre - Décembre

---

**Précédentes adresses**

Merci de dresser une liste des domiciles où vous avez vécu plus de 6 mois au cours des 20 dernières années (inclus résidence en semaine). Veuillez préciser le nombre habituel de jours dans la semaine que vous passiez à cette adresse. Les adresses mentionnées précédemment sont déjà prises en compte.

---

Dans combien de logements avez vous habitez au cours des 20 dernières années?

Les logements précédemment mentionnés sont déjà pris en compte. Si vous avez vécu dans plus de 6 logements au cours des 20 dernières années veuillez noter les 6 principaux (durées d'habitation les plus longues).

---

Si vous ne vous souvenez pas des date d'emménagement exactes, merci d'inscrire le 1er du mois correspondant

---

Date d'emménagement (logement 1)

---

Date de déménagement (logement 1)

---

Durée d'habitation (logement 1)

---

Dans quelle zone de contamination aux dioxines se situait cette habitation? (logement 1)

- hors zone
  - zone 1
  - zone 2
  - zone 3
  - zone 4
  - zone 5
  - Je ne sais pas
  - Je ne souhaite pas répondre
- 

Date d'emménagement (logement 2)

---

Date de déménagement (logement 2)

---

Durée d'habitation (logement 2)

---

Dans quelle zone de contamination aux dioxines se situait cette habitation? (logement 2)

- hors zone
  - zone 1
  - zone 2
  - zone 3
  - zone 4
  - zone 5
  - Je ne sais pas
  - Je ne souhaite pas répondre
- 

Date d'emménagement (logement 3)

---

Date de déménagement (logement 3)

---

---

Durée d'habitation (logement 3)

---

Dans quelle zone de contamination aux dioxines se situait cette habitation? (logement 3)

- hors zone
  - zone 1
  - zone 2
  - zone 3
  - zone 4
  - zone 5
  - Je ne sais pas
  - Je ne souhaite pas répondre
- 

Date d'emménagement (logement 4)

---

Date de déménagement (logement 4)

---

Durée d'habitation (logement 4)

---

Dans quelle zone de contamination aux dioxines se situait cette habitation? (logement 4)

- hors zone
  - zone 1
  - zone 2
  - zone 3
  - zone 4
  - zone 5
  - Je ne sais pas
  - Je ne souhaite pas répondre
- 

Date d'emménagement (logement 5)

---

Date de déménagement (logement 5)

---

Durée d'habitation (logement 5)

---

Dans quelle zone de contamination aux dioxines se situait cette habitation? (logement 5)

- hors zone
  - zone 1
  - zone 2
  - zone 3
  - zone 4
  - zone 5
  - Je ne sais pas
  - Je ne souhaite pas répondre
- 

Date d'emménagement (logement 6)

---

Date de déménagement (logement 6)

---

Durée d'habitation (logement 6)

---

---

Dans quelle zone de contamination aux dioxines se situait cette habitation? (logement 6)

- hors zone
- zone 1
- zone 2
- zone 3
- zone 4
- zone 5
- Je ne sais pas
- Je ne souhaite pas répondre

# Co-exposition

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

Fumée

Fumez-vous?

- Oui  
 Non

Avez-vous arrêté récemment (au cours des 5 dernières années) ?

- Oui  
 Non

Depuis combien de temps avez-vous arrêté?

\_\_\_\_\_ (année(s))

Êtes-vous exposé à de la fumée passive ?

- Oui  
 Non

Merci de préciser (lieu/occasion):

\_\_\_\_\_

## Si vous fumez ou avez fumé, quel type de produit fum(i)ez-vous?

	oui	non
Cigarettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigares / cigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarette électronique (e-cigarette, cigarette liquide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produits de tabac chauffé (heat-not-burn, p.ex. IQOS, Ploom, glo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shisha / nargilé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

cigarettes: (nombre par semaine)

\_\_\_\_\_

Cigares/cigarillos: (nombre par semaine)

\_\_\_\_\_

Pipe: (nombre par semaine)

\_\_\_\_\_

Cigarette électronique (e-cigarette, cartouche liquide) : (nombre par semaine)

\_\_\_\_\_

Produits de tabac chauffé (heat-not-burn, p.ex. IQOS, Ploom, glo) : (nombre par semaine)

\_\_\_\_\_

---

Shisha / narguilé: (nombre par semaine)

---

---

Autres produits du tabac (p. ex. tabac à priser, à chiquer), merci de préciser

---

### Exposition professionnelle

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

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

---

Depuis :

---

((année p.ex 2001))

---

Au cours de votre vie professionnelle, avez-vous été ou êtes-vous actuellement en contact avec les nuisances suivantes ?

---

a. Fumée (fumée de tabac exclue, p.ex. combustion, soudure...)

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Merci de préciser le type de fumée

---

---

et la durée d'exposition

---

(années)

---

b. Gaz d'échappement (moteurs diesel ou à essence)

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Merci de préciser le type de gaz

---

---

et la durée d'exposition

---

(années)

---

c. Vapeurs de solvants (p.ex. formaldéhyde, formol...)

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Merci de préciser le type de produit

---

---

et la durée d'exposition

---

(années)

---

d. Produits de nettoyage

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Merci de préciser le type de produit

---

---

et la durée d'exposition

---

(années)

---

e. Poussière (p.ex. poussière minérales, de ciment, de matières plastiques)

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Merci de préciser le type de poussière

---

---

et la durée d'exposition

---

(années)

---

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

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Merci de préciser le type de rayonnement

---

---

et la durée d'exposition

---

(années)

---

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

- Oui  
 Non

---

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

---

---

Quel est le nom du ou des produit(s) 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?

---

**Loisirs, hobbies et expositions spécifiques**

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

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)

\_\_\_\_\_

Fartez-vous vos skis ou snowboard vous-même ?

- Oui  
 Non

a. A quelle fréquence dans la saison fartez-vous vos skis/snowboard ?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**FFQ**

Veillez remplir le questionnaire alimentaire ci-dessous.

Merci !

1. Suivez-vous un régime alimentaire?

- Oui  
 Non

Si oui, lequel?

2. Lequel des aliments suivant excluez-vous totalement de votre alimentation?

- œuf  
 viande (bœuf, porc, veau, etc.)  
 volaille (poulet, dinde, canard etc.)  
 fruits  
 légumes  
 poissons  
 fruits de mer (crevettes, moules, huitres, etc.)  
 fromages  
 lait  
 autres produits laitiers  
 fruits à coque  
 céréales  
 aucun des aliments ci-dessus

Veillez précisez depuis combien de temps (en années)

2.1. œufs: depuis

\_\_\_\_\_ (ans)

2.2 viande : depuis

\_\_\_\_\_ (ans)

2.3 volaille: depuis

\_\_\_\_\_ (ans)

2.4 fruits: depuis

\_\_\_\_\_ (ans)

2.5 légumes: depuis

\_\_\_\_\_ (ans)

2.6 poissons: depuis

\_\_\_\_\_ (ans)

2.7 fruits de mer : depuis

\_\_\_\_\_ (ans)

2.8 fromages: depuis

---

  
(ans)

2.9 lait: depuis

---

  
(ans)

2.10 autres produits laitiers: depuis

---

  
(ans)

2.11 fruits à coques: depuis

---

  
(ans)

2.12 céréales: depuis

---

  
(ans)

Instructions pour remplir le questionnaire

Avec ce questionnaire, nous souhaitons connaître votre alimentation type au cours d'un mois (par exemple les 4 dernières semaines).

Pour chaque type d'aliment, nous vous demandons de comparer votre portion habituelle à la portion de référence.

Exemple

Cette personne mange une pomme ou poire par jour. Ces fruits sont cultivés en Suisse ou en Europe.

Aliment	FREQUENCE	PROVENANCE
35. pomme, poire, prune, raisin portion de réf: 150g = 1 fruit ou 1 petite grappe	1 x par jour	<input type="checkbox"/> de votre jardin <input checked="" type="checkbox"/> Suisse <input checked="" type="checkbox"/> Europe <input type="checkbox"/> Hors Europe

### Fromages, Yaourts à base de lait d'origine animale

Je ne consomme aucun produits ci-dessous

 Oui

Aliment	FREQUENCE	PROVENANCE
---------	-----------	------------

1. yaourt nature, aux fruits, aromatisé

portion de réf: 1 yaourt = 180g

2. ricotta, séré, cottage-cheese

portion de réf: 100g

3. feta, mozzarella, fromage frais,

03/06/2025 3:45pm

petit-suisse

portion de réf: 40g

4. autres fromages

portion de réf: 40g

## Pain, céréales

Je ne consomme aucun produits ci-dessous

Oui

Aliment

FREQUENCE

PROVENANCE

5. pain blanc, pain de mie, de campagne, au lait, tresse, pain complet, pain au seigle

portion de réf: 50g = 1 tranche

6. muesli ou autres céréales mélangées

portion de réf: 50g = 1/2 gobelet de yaourt

7. corn-flakes, blé soufflé, céréales soufflées

portion de réf: 30g = 1 gobelet de yaourt

8. biscottes, pain grillé "suédois", crackers complets (darvida, blevita, etc.)

portion de réf: 18g = 3 pièces

## Viandes

Je ne consomme aucun produits ci-dessous

Oui

Aliment

FREQUENCE

PROVENANCE

9. beefsteak, cheval, veau (escalope, filet)

portion de réf: 150g

10. steak haché, entrecôte, rôti

(bœuf, porc, veau)

portion de réf: 100g

11. jambon, pot-au-feu, côtelettes d'agneau, côtes de porc

portion de réf: 50g = 2 tranches de jambon ou 1 côtelette

12. saucisse

portion de réf: 1 pièce

13. volaille (poulet, dinde, canard ...)

portion de réf: 80g = 1 blanc de poulet

14. saucisson, jambon cru, lard maigre, salami

portion de réf: 50g = 2 tranches

15. pâté, terrine

portion de réf: 50g = 1/2 tranche

16. foie de veau, de génisse, de porc

portion de réf: 130g = 1 tranche

17. foie de volaille

portion de réf: 50g = 1 pièce

\_\_\_\_\_

## Poissons, Crustacés

Je ne consomme aucun produits ci-dessous

Oui

Aliment

FREQUENCE

PROVENANCE

18. saumon frais ou saumon fumé

portion de réf: 100g = 1 darne = 2 tranches

19. poisson mer (p.ex: cabillaud, colin...)

portion de réf: 150g

20. poisson lac/rivière (p.ex: truite, ...)

portion de réf: 150g

21. crustacés (crevettes, crabe, langouste)

portion de réf: 80g

22. coquillages (moules, huitres, Saint-Jacques)

portion de réf: 80g

\_\_\_\_\_

## Légumes et pommes de terre

Je ne consomme aucun produits ci-dessous

Oui

Aliment	FREQUENCE	PROVENANCE
---------	-----------	------------

23. haricots verts, épinards

portion de réf: 180g = 1 gobelet yaourt

24. choux-fleurs, brocolis

portion de réf: 180g = 1 gobelet yaourt

25. tomates

portion de réf: 180g = 1 gobelet yaourt = 2 petites tomates

26. carottes

portion de réf: 100g = 1 gobelet yaourt

27. salade verte

portion de réf: 100g = 1 gobelet yaourt

28. petits pois, maïs en grains

portion de réf: 75g = 1/2 gobelet yaourt

29. avocat

portion de réf: 100g = 1/2 avocat

30. oignons

portion de réf: 1 pièce

31. concombres, courgettes, courge

portion de réf: 150g = 1 gobelet yaourt

32. aubergines, poivrons

portion de réf: 1/2 pièce

33. champignons

portion de réf: 150g = 1 gobelet yaourt

34. pommes de terre

portion de réf: 150g = 2 petites p.de terre

## Fruits et oléagineux

Je ne consomme aucun produits ci-dessous

Oui

Aliment	FREQUENCE	PROVENANCE
---------	-----------	------------

35. pomme, poire, prune, raisin

portion de réf: 150g = 1 fruit ou 1 petite grappe

36. banane

portion de réf: 150g = 1 fruit

37. agrumes (orange, mandarine)

portion de réf: 150g = 1 orange

38. pêche, nectarine, abricot

portion de réf: 150g = taille d'une pêche

39. fruits rouges (fraises, framboises)

portion de réf: 120g = 1 petite barquette

40. autres fruits (kiwi...)

portion de réf: 80g = 1 fruit

41. fruits en conserve, compote sucrée

portion de réf: 150g = taille du gobelet de yaourt

42. fruits oléagineux à coque (amandes, noix, cacahuètes, noisettes etc.)

portion de réf: 30g = 1 poignée

43. graines (graines de tournesol, de chia, lin)

portion de réf: 30g = 1 poignée

\_\_\_\_\_

## Autres

Je ne consomme aucun produits ci-dessous

Oui

Aliment	FREQUENCE	PROVENANCE
---------	-----------	------------

44. pâtes alimentaires

portion de réf: 180g cuites = 70g crues

45. raviolis, tortellinis, cannellonis

portion de réf: 150g cuits = env. 10 raviolis

46. riz

portion de réf: 150g cuit = 60g cru

47. sauce tomate

portion de réf: 80 g = 2 cuill. à soupe

48. sauces grasses, par ex. à la crème, avec du lait de coco

portion de réf: ½ dl = 3 cuill. à soupe

49. sauce bolognaise

portion de réf: 160g = 4 cuill. à soupe

50. semoule de blé, couscous, quinoa, sarrasin

portion de réf: 80g cuit = 2 cuill. à soupe

51. légumineuses (lentilles, haricots secs, pois chiches)

portion de réf: 180g cuit = 60 g cru = 4 CS

52. œufs

portion de réf: 2

53. tofu, fèves de soja, seitan, Quorn

portion de réf: 65g

54. yaourt au lait végétale

portion de réf: 1 yaourt = 100g

**Matières grasses / pour cuisiner**

Je ne consomme aucun produits ci-dessous

 Oui

Aliment	FREQUENCE	PROVENANCE
---------	-----------	------------

55. beurre

portion de réf: 10g = 1 cuill. à café

56. margarine

portion de réf: 10g = 1 cuill. à café

57. huile d'olive

portion de réf: 2 cuill. à café

58. huile d'arachide

portion de réf: 2 cuill. à café

59. huile de tournesol

portion de réf: 2 cuill. à café

60. autres huiles, par ex. huile de colza

portion de réf: 2 cuill. à café

61. matière grasse animale

portion de réf: 2 cuill. à café

Est-ce que vous consommez des aliments provenant principalement de Suisse et d'Europe ?

- Je me renseigne très souvent sur la provenance des aliments et choisis aussi souvent que possible des aliments provenant de Suisse et d'Europe
- Je me renseigne parfois sur la provenance des aliments et consomme, si possible, des aliments provenant de Suisse et d'Europe
- Je ne me renseigne pas sur la provenance des aliments
- Je consomme souvent des aliments provenant d'autres continents

Autres commentaires :

# Historique médical

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

Veuillez s'il vous plaît remplir le questionnaire ci-dessous.

## CANCER

Cette maladie vous a-t-elle été diagnostiquée par un médecin ?

## CANCER

	Oui	Non	Je ne sais pas
Poumon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Côlon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Col de l'utérus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leucémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Peau / Mélanome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre cancer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Poumon

a. En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

b. Prenez-vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

c. Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

d. Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

e. Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

f. Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Côlon

a. En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

b. Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

c. Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

d. Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

e. Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

f. Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

### Seins

---

a. En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

\_\_\_\_\_

---

b. Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

c. Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

d. Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

e. Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

f. Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

### Col de l'utérus

---

a. En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

\_\_\_\_\_

---

b. Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

c. Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

d. Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

---

e. Avez-vous été hospitalisé·e pour cette maladie?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

f. Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

#### Prostate

---

a. En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

b. Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

c. Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé·e pour cette maladie?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

#### Leucémie

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé·e pour cette maladie?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

#### Peau / Mélanome

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

---

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

---

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

---

---

Autre cancer

---

Merci de préciser:

---

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

---

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

---

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

---

**TROUBLES DU MÉTABOLISME**

Cette maladie vous a-t-elle été diagnostiquée par un médecin ?

**TROUBLES DU MÉTABOLISME**

	Oui	Non	Je ne sais pas
Diabète sucré de type I	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète sucré de type II	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabète gestationnel (pendant la grossesse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Augmentation des lipides sanguins, du cholestérol ou des triglycérides	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Goutte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperthyroïdie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypothyroïdie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre trouble thyroïdien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diabète sucré de type I

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Diabète sucré de type II

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Diabète gestationnel (pendant la grossesse)

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

\_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Augmentation des lipides sanguins,du cholestérol ou des triglycérides

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

\_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Goutte

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Hyperthyroïdie

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Hypothyroïdie

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Autre trouble thyroïdien

---

Merci de préciser:

\_\_\_\_\_

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé·e pour cette maladie?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Concernant votre diabète.  
 Comment êtes-vous traité·e actuellement (en prenant en compte les injections d'insuline et les pompes à insuline) ?  Insuline uniquement  
 Comprimés uniquement  
 Insuline et comprimés  
 Traitement diététique uniquement  
 Autre traitement  
 Je ne prends pas de traitement  
 Je ne sais pas

Souffrez-vous de complications liées à un diabète ?  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

Cette maladie vous a-t-elle été diagnostiquée par un médecin ?

	Oui	Non	Je ne sais pas
Ulcère gastrique ou duodéal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brûlures d'estomac ou remontées gastriques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inflammation intestinale (ex. rectocolite ulcéreuse ou maladie de Crohn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calculs biliaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirrhose du foie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calculs rénaux, dans l'uretère ou la vessie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atteinte de la fonction rénale (ex. insuffisance rénale chronique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ulcère gastrique ou duodéal

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Brûlures d'estomac ou remontées gastriques

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

\_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Inflammation intestinale (ex. rectocolite ulcéreuse ou maladie de Crohn)

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

\_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Calculs biliaires

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas
- 

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas
- 

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas
- 

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Cirrhose du foie

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas
- 

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas
- 

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas
- 

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Calculs rénaux, dans l'uretère ou la vessie

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Atteinte de la fonction rénale (ex. insuffisance rénale chronique)

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ?

\_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ?

\_\_\_\_\_

---

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

---

Avez-vous déjà été dialysé ?

Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

**MALADIES FEMININES**

Cette maladie vous a-t-elle été diagnostiquée par un médecin ?

**Maladies féminines**

	Oui	Non	Je ne sais pas
Syndrome des ovaires polykystiques (Syndrome de Stein-Leventhal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endométriose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myome utérin (tumeur bénigne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Syndrome des ovaires polykystiques (Syndrome de Stein-Leventhal)

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?  
 Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?  
 Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?  
 Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Endométriose

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?  
 Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?  
 Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?  
 Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Myome utérin (tumeur bénigne)

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé-e pour cette maladie?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

## AUTRES MALADIES

### AUTRES MALADIES ET MALADIES RARES

	Oui	Non	Je ne sais pas
Autre maladie 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre maladie 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre maladie 1

Merci de préciser \_\_\_\_\_

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé·e pour cette maladie?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Autre maladie 2

---

Merci de préciser \_\_\_\_\_

---

En quelle année votre maladie a-t-elle été diagnostiquée ? \_\_\_\_\_

---

Prenez- vous actuellement un traitement pour cette maladie ?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Consultez-vous régulièrement un médecin pour cette maladie ?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de fois avez-vous consulté sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

Avez-vous été hospitalisé·e pour cette maladie?  Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

Combien de nuits d'hospitalisation pour cette maladie sur les 12 derniers mois ? \_\_\_\_\_

---

## SANTÉ GÉNÉRALE

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

---

Merci de préciser : \_\_\_\_\_

---

## MÉDICATION ET THÉRAPIE

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.)? \_\_\_\_\_

---

Veuillez 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).

---

Nom du médicament :

- 
- Plusieurs fois par jour  
 1 fois par jour  
 Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine

---

Nom du médicament :

- 
- Plusieurs fois par jour  
 1 fois par jour  
 Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine

---

Nom du médicament :

- 
- Plusieurs fois par jour  
 1 fois par jour  
 Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine

---

Nom du médicament :

- 
- Plusieurs fois par jour  
 1 fois par jour  
 Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine

---

Nom du médicament :

- 
- Plusieurs fois par jour  
 1 fois par jour  
 Plusieurs fois par semaine  
 1 fois par semaine

---

## SANTÉ REPRODUCTIVE

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

- Non  
 Oui

---

Nombre total d'enfants biologiques ?

---

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

	Fille	Garçon
Enfant 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfant 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfant 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfant 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Enfant 1) Année de naissance :

\_\_\_\_\_

(Enfant 1) Allaitement :

- Oui  
 Non

(Enfant 1) Combien de mois (si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez "0"; entre 1 et 2 mois indiquez "1", etc.)

\_\_\_\_\_

(Enfant 2) Année de naissance :

\_\_\_\_\_

(Enfant 2) Allaitement :

- Oui  
 Non

(Enfant 2) Combien de mois (si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez "0"; entre 1 et 2 mois indiquez "1", etc.)

\_\_\_\_\_

(Enfant 3) Année de naissance :

\_\_\_\_\_

(Enfant 3) Allaitement :

- Oui  
 Non

(Enfant 3) Combien de mois (si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez "0"; entre 1 et 2 mois indiquez "1", etc.)

\_\_\_\_\_

(Enfant 4) Année de naissance :

\_\_\_\_\_

(Enfant 4) Allaitement :

- Oui  
 Non

(Enfant 4) Combien de mois (si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez "0"; entre 1 et 2 mois indiquez "1", etc.)

\_\_\_\_\_

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

- Oui  
 Non  
 Je ne souhaite pas répondre à cette question

Commentaires

\_\_\_\_\_

Un diagnostic médical a-t-il été posé ?

- Oui  
 Non  
 Je ne souhaite pas répondre à cette question

---

Diagnostic :

- Infertilité de l'homme
- Infertilité de la femme
- Autre
- Raison inconnue

---

Merci de préciser :

---

---

Merci de préciser :

---

# 1. Pef Consent

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

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.

## CONTEMENT POUR SHeS - DIOXINES

Je suis d'accord...

	Oui	Non
396) 1a. de participer à l'examen de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
397) 1b. de recevoir les résultats de l'examen de santé et des analyses de laboratoire menées directement dans le centre de recherche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
398) 2. de donner des échantillons biologiques à des fins de recherche (sang)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
399) 3. d'être recontacté.e pour une éventuelle participation à l'étude principale si elle a lieu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
400) 4. que mes échantillons et données récoltés lors de la phase pilote soient utilisés pour l'étude principale si elle a lieu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

## COMMUNICATION

402) Aperçu des résultats et du matériel fournis au/ à la participant.e par email après la visite médicale

Résultats des mesures chimiques dans le sang  
 Rapport BIA (bio impédance)  
 Certificat de participation  
 Aucun

## 2. Pef Health Examination

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

---

EXAMEN DE SANTÉ

---

Début de l'examen

---

a. Infirmier.e initiale :

---

---

b. Date et heure

---

---

Age

---

---

Nom du participant : [participant\_name] - [participant\_premon].

---

Date de naissance : [dof]

---

c. Contrôle de l'identité

L'infirmier.e confirme avoir vérifié l'identité du/de la participant.e

### Questions générales

1. Tabagisme

---

a. Quelle est votre comportement tabagique?

- non-fumeur  
 ancien fumeur  
 fumeur

---

b. Avez-vous fumé au cours de la dernière heure?

- Non  
 Oui

---

2. Etes-vous actuellement enceinte?

- Oui  
 Non  
 Je ne sais pas

---

3. Quand avez-vous pris votre dernier repas?

---

### Dans les 7 derniers jours, avez-vous consommé:

	Oui	Non
a. des choux (brocolis, chou-fleur...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. des épices indiennes (curcuma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Dans les 24 dernières heures, avez-vous pris :**

1. un médicament?  Oui  
 Non

Veillez indiquer le(s)quel(s):

\_\_\_\_\_

2. un supplément alimentaire ou vitaminique  Oui  
 Non

Veillez indiquer le(s)quel(s):

\_\_\_\_\_

3. un autre traitement (insuline, injection de fer...)  Oui  
 Non

Veillez indiquer le(s)quel(s):

\_\_\_\_\_

4. Avez-vous fumé du cannabis?  Oui  
 Non

### 3. Pef Blood Collection

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

#### Piques aux doigts : test HbA1c

Prise de sang capillaire 1

a. Prise de sang capillaire :

- droite  
 gauche

b. Heure of HbA1c Test

\_\_\_\_\_

HbA1c Résultat:

\_\_\_\_\_ (g/dL)

PRISE DE SANG IMPOSSIBLE

PRISE DE SANG IMPOSSIBLE

Notes / Commentaires :

\_\_\_\_\_

#### Pression artérielle

Quelle taille de brassard?

- standard  
 large

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.

Côté

- gauche  
 droite

#### RÉSULTATS

a. Heure selon tensiomètre

\_\_\_\_\_

b. TA systolique

\_\_\_\_\_ (mmHg)

c. TA diastolique

\_\_\_\_\_ (mmHg)

d. Pouls

\_\_\_\_\_ (bpm)

---

STOP : tension trop haute - essayer dans 5-10 min

---

STOP : tension trop basse

---

### Calcul de l'IMC

1. Quel est votre poids? (en kg)

\_\_\_\_\_ (kg)

---

2. Quelle est votre taille ? (en mètre)

\_\_\_\_\_ (m)

---

IMC

\_\_\_\_\_

---

STOP : IMC trop haut ou trop bas

---

### Prise de sang

Pas effectué

---

a. Début de la prise de sang :

\_\_\_\_\_( \_\_:\_\_(Zeit format: 24:00)\_\_:\_\_(Format heure: 24:00))

---

a. Fin de la prise de sang :

\_\_\_\_\_( \_\_:\_\_(Zeit format: 24:00)\_\_:\_\_(Format heure: 24:00))

---

a. Prise en charge par le collaborateur (pour centrifuge):

\_\_\_\_\_( \_\_:\_\_(Zeit format: 24:00)\_\_:\_\_(Format heure: 24:00))

---

Utilisation de deux poches pour le prélèvement

Oui  
 Non

---

Notes / Commentaires :

\_\_\_\_\_

## 4. Pef Questionnaire rempli

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

---

Admin

---

Le/la participant.e a-t-il/elle rempli le questionnaire admin?

Oui  
 Non

---

Merci de donner un formulaire papier à faire remplir au participant en fin de visite

---

Co-exposition

---

Le/la participant.e a-t-il/elle rempli le questionnaire sur la co-exposition?

Oui  
 Non

---

Merci de donner un formulaire papier à faire remplir au participant en fin de visite

---

Historique médical

---

Le/la participant.e a-t-il/elle rempli le questionnaire d'historique médical?

Oui  
 Non

---

Merci de donner un formulaire papier à faire remplir au participant en fin de visite

---

FFQ questionnaire

---

Le/la participant.e a-t-il/elle répondu aux question d'habitude alimentaire (FFQ)?

Oui  
 Non

---

Merci de donner un formulaire papier à faire remplir au participant en fin de visite

---

Notes / Commentaires :

---

## 5. Pef Anthropometry

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

---

Taille, poids, tour de la taille, des hanches et du cou

---

Tour de cou :

\_\_\_\_\_ (cm (par ex. 27.8))

---

Tour de taille :

\_\_\_\_\_ (cm (par ex. 50.2))

---

Tour de hanches :

\_\_\_\_\_ (cm (par ex. 95.2))

---

Notes / Commentaires :

\_\_\_\_\_

## 6. Pef Bia

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

---

Analyse bioélectrique de l'impédance

---

Merci d'inviter le/la participant.e à aller au toilette. Il est préférable d'avoir la vessie vide pour cet examen

---

### SANTÉ DES FEMMES

---

À quand remontent vos dernières règles ?

- Moins de 3 mois  
 Entre 3 et 12 mois  
 Plus de 12 mois  
 Je ne sais pas  
 Je ne souhaite pas répondre
- 

Date (1er jour des règles) (jour-mois-année) :

\_\_\_\_\_

---

Date (1er jour des règles) (jour-mois-année) :

\_\_\_\_\_

---

le/la participant.e n'est pas éligible à cet examen.

---

Pas effectué

---

Merci d'inviter le/la participant.e à enlever ses chaussettes, (gros) pull, echarpe, ...

---

a. Le/la participant.e porte ...

---

	oui
pantalon jeans	<input type="checkbox"/>
pantalon léger	<input type="checkbox"/>
Jupe / short	<input type="checkbox"/>
Robe	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>

---

autre:

\_\_\_\_\_

---

b. Température de la pièce :

\_\_\_\_\_ (°C)

---

Notes / Commentaires :

\_\_\_\_\_

---

## Samples info

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

460) Volume de sang prélevé (avec anticoagulant) (ml)

\_\_\_\_\_ (ml)

461) Volume de plasma total (ml)

\_\_\_\_\_ (ml)

462) heure de échantillon Plasma

\_\_\_\_\_

### Volumes échantillons

463) DX\_CID\_PL1

\_\_\_\_\_ (ml)

464) Volume Plasma final Dioxine

\_\_\_\_\_

465) DX\_CID\_PL2

\_\_\_\_\_

466) DX\_CID\_PL3

\_\_\_\_\_

467) DX\_CID\_PL4

\_\_\_\_\_

468) DX\_CID\_PL5

\_\_\_\_\_

469) Commentaires

\_\_\_\_\_

470) Date envoi EMPA - PL1

\_\_\_\_\_

471) Date envoi CALUX - PL3&4

\_\_\_\_\_

472) Date envoi OCPs

\_\_\_\_\_

473) Utilisation échantillons pour analyse OCPs

- PL2  
 PL5

# Samples Results

Veuillez remplir le questionnaire ci-dessous.

Merci !

---

474) Class	<input type="radio"/> Ctrl <input type="radio"/> viande <input type="radio"/> Oeufs <input type="radio"/> oeuf+ courge <input type="radio"/> courge <input type="radio"/> courge zone 2
475) CALUX result [pg TEQ / g fat]	_____
476) CALUX sample code	_____
477) CALUX gTEQ/g fat	_____
478) CALUX per ml serum and corrected for QA/QQC sample	_____
479) CALUX: fat content	_____
480) calux_round	_____
481) BDS code	_____
482) Client code	_____
483) number sample	_____
484) EMPA fat percentage	_____
485) original result on fat based	_____
486) per ml serum and not corrected for QA/QQC sample	_____
487) per ml serum and corrected for QA/QQC sample	_____
488) per gram fat and not corrected for QA/QQC sample (EMPA fat)	_____
489) per gram fat and corrected for QA/QQC sample (EMPA fat)	_____

# Bia

---

Risk group

---

---

DateTime\_risk

---

---

AllRisk

---

---

Bcm\_risk

---

---

BodyVal

---

---

BodyMeasures

---

---

Bmi\_risk

---

---

Thi

---

---

Vital

---

---

BloodPressure

---

---

Pulse

---

---

BodyWater

---

---

BodyFat\_risk

---

---

MuscleM

---

---

ViszFat

---

---

BdSyst

---

---

BdDiast

---

BdMad	
Waist	
BellyValues	
ViCFatP	
ViVFatL	
ViWaist	
bmi group	
DateTime_bmi	
Height_bmi	
Weight_bmi	
Bmi	
BodyFat group	
DateTime_BodyFat	
FatM	
FatP	
TABC group	
DateTime_tabc	
Model	

---

Flag	_____
Condition	_____
Age	_____
BTyp	_____
Height	_____
Weight	_____
BMR	_____
FatP_tabc	_____
FatM_tabc	_____
FFM	_____
TBW	_____
PMM	_____
Imp	_____
BMI_tabc	_____
VFatL	_____
BoneM	_____
ECW	_____
ICW	_____

---

MetaAge

---

---

PhaseAngle

---

---

DCI

---

---

PAL

---

---

Clothes

---

---

PHYSRATE

---

---

rIFatP

---

---

rIFatM

---

---

rIFFM

---

---

rIPMM

---

---

rIImp

---

---

IIFatP

---

---

IIFatM

---

---

IIFFM

---

---

IIPMM

---

---

IIImp

---

---

raFatP

---

---

raFatM

---

---

raFFM

---

---

raPMM

---

---

ralmp

---

---

laFatP

---

---

laFatM

---

---

laFFM

---

---

laPMM

---

---

lalmp

---

---

trFatP

---

---

trFatM

---

---

trFFM

---

---

trPMM

---

---

BodyWater group

---

---

DateTime\_BodyWater

---

---

WaterM

---

---

WaterP

---

# PCDD results

---

Probennummer

---

---

Lipid content %

---

---

PCB\_28

---

---

PCB\_52

---

---

PCB\_101

---

---

PCB\_138

---

---

PCB\_153

---

---

PCB\_180

---

---

Sum\_6\_i-PCB

---

---

Sum\_6 i-PCB+\_PCB\_118

---

---

PCB 77

---

---

PCB 81

---

---

PCB 105

---

---

PCB 114

---

---

PCB 118

---

---

PCB 123

---

---

pcb 126

---

---

PCB 156

---

---

pcb 157

---

---

pcb 167

---

---

pcb 169

---

---

pcb 189

---

---

teq pcb 77

---

---

teq pcb 81

---

---

teq pcb 105

---

---

teq pcb 114

---

---

teq pcb 118

---

---

teq pcb 123

---

---

teq pcb 126

---

---

teq pcb 156

---

---

teq pcb 157

---

---

teq pcb 167

---

---

teq pcb 169

---

---

teq pcb 189

---

---

PCB  $\Sigma$  WHO-TEQ max.

---

---

PCB  $\Sigma$  WHO-TEQ min

---

---

PCB % WHO-TEQ nachgewiesen

---

---

2,3,7,8-TCDD

---

---

1,2,3,7,8-PeCDD

---

---

1,2,3,4,7,8-HxCDD

---

---

1,2,3,6,7,8-HxCDD

---

---

1,2,3,7,8,9-HxCDD

---

---

1,2,3,4,6,7,8-HpCDD

---

---

OCDD

---

---

2,3,7,8-TCDF

---

---

1,2,3,7,8-PeCDF

---

---

2,3,4,7,8-PeCDF

---

---

1,2,3,4,7,8-HxCDF

---

---

1,2,3,6,7,8-HxCDF

---

---

1,2,3,7,8,9-HxCDF

---

---

2,3,4,6,7,8-HxCDF

---

---

1,2,3,4,6,7,8-HpCDF

---

---

1,2,3,4,7,8,9-HpCDF

---

OCDF	
2,3,7,8-TCDD TEQ	
1,2,3,7,8-PeCDD TEQ	
1,2,3,4,7,8-HxCDD teq	
1,2,3,6,7,8-HxCDD teq	
1,2,3,7,8,9-HxCDD teq	
1,2,3,4,6,7,8-HpCDD teq	
OCDD teq	
2,3,7,8-TCDF teq	
1,2,3,7,8-PeCDF teq	
2,3,4,7,8-PeCDF teq	
1,2,3,4,7,8-HxCDF teq	
1,2,3,6,7,8-HxCDF teq	
1,2,3,7,8,9-HxCDF teq	
2,3,4,6,7,8-HxCDF teq	
1,2,3,4,6,7,8-HpCDF teq	
1,2,3,4,7,8,9-HpCDF teq	
OCDF teq	

---

PCDD/PCDF  $\Sigma$  WHO-TEQ max

---

---

PCDD/PCDF  $\Sigma$  WHO-TEQ min

---

---

PCDD/PCDF % TEQ nachgewiesen

---