

Swiss Health Study Dioxines VAUD

Participant Examination Form - PEF

Instrument : Examen de santé

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	<input type="checkbox"/> 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
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)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
que mes échantillons et données récoltés lors de l'étude dioxines soient utilisés pour l'étude principale SHes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> 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 : MyFoodRepo

MyFoodRepo app

MyFoodRepo app

a Le/la participant.e a-t-il/elle accepté d'utiliser l'application MyFoodRepo pendant 7 jours consécutifs?

Oui → **Allouer clé d'identification sur le site MFR**
 Non
 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 ?

Oui
 Non

Clé d'identification MFR : _____

Date présumée de début d'utilisation : __-__-__

Notes / Commentaires _____

Instrument : Screening questionnaire

Scr1 Veillez répondre aux questions suivantes :

- c Quel est votre comportement tabagique? Non-fumeur
 Ancien fumeur
 Fumeur
- d Avez-vous fumé au cours de la dernière heure? Non Oui

Scr2 Si vous êtes une femme, veuillez répondre aux questions suivantes concernant les menstruations:

a **Etes-vous actuellement enceinte?**

- Oui, je suis ENCEINTE
 Non

Critère d'exclusion à l'étude

b **Avez-vous allaitez?**

- Non
 Oui

→ A quand remonte votre dernier allaitement?

Mois (MM) _____

Année (JJJJ) _____

→ Si après 2018 (inclu) : Critère d'exclusion à l'étude

Scr3 Dans les 7 derniers jours, avez-vous consommé:

- d Des choux (brocolis, chou-fleur...) Non Oui
- Du curcuma (épice) Non Oui

Scr4 Dans les dernières 24 heures, avez-vous pris :

- a Un médicament Non → **veuillez passer à la sous-question -b**

Si Oui, Médicament - veuillez indiquer le(s)quel(s):

Oui

- b Un supplément alimentaire ou vitaminique Non → **veuillez passer à la sous-question -c**

Si Oui, Supplément alimentaire ou vitaminique - veuillez indiquer le(s)quel(s):

Oui

- c Un autre traitement Non → **veuillez passer à scr13.5**

Si Oui, Un autre traitement - veuillez indiquer le(s)quel(s)

Oui

Scr5	Veillez indiquer combien, dans les dernières 24 heures, vous avez fumé de : (indiquez '0' si vous êtes non-fumeur) :	
	Si non-fumeur ou ancien fumeur : La personne a indiqué être non-fumeuse / ancienne fumeuse	
	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

2.a Pression artérielle

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

Appareil utilisé:

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 ablations des ganglions lymphatiques au niveau d'une aisselle ou a subi un shunt dans l'artère brachiale d'une 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.

Instrument : Anthropometry (anthro)

4

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

Pas effectuées

Appareil utilisé- Poids:

CRC-WE01

Appareil utilisé – taille :

CRC-HE01

Ruban à mesurer :

SHES-TM01

SHES-TM02

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 (bia)

5 Analyse bioélectrique de l'impédance

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

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

Pas effectuée

a Appareil BIA utilisé:

b Température de la pièce: _____ C°

Notes / Commentaires : _____

Instrument : Blood Samples PoC

6 Piques aux doigts : tests HbA1c

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

ALERE HbA1c Test

Prise de sang capillaire 1

b Test effectué Non Oui

b Appareil utilisé

b Prise de sang capillaire 1 Droite Gauche

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

b RESULTATS

HbA1c _____ %

Notes / Commentaires :

Instrument : Communication

VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS

11

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

- Résultats du bilan de santé
- Rapport BIA
- Directives MyFoodRepo
- Certificat de participation
- Aucun

12

Incidental Findings Registration

Notes / Commentaires _____

Instrument : Venous Blood Collection

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 _____

Note Labo : Fin de la répartition des aliquotes __ : __ (H :M) (Format heure: 24:00)

14

Fin de l'examen de santé

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

Identifiant du FW : _____ (@username)

Personne de contact: Christelle Oltramare

Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté)

Route de la Corniche 10, 1010 Lausanne