

Tel : 01 41 10 50 00

**QUESTIONNAIRE EPIDEMIOLOGIE**  
**A FAXER à l'INSTITUT NATIONAL DU CANCER au 01 41 10 72 41**  
**(Adresse de contact e-mail : contactrechercheclinique@institutcancer.fr)**

Investigateur / Etablissement de Santé : .....

Ville : .....

N° de la patiente : | | | | | | | |

Initiales de la patiente : | | | | | | | |

Date de l'entretien : | | | | | | | |

Nom

Prénom

Jour

Mois

Année

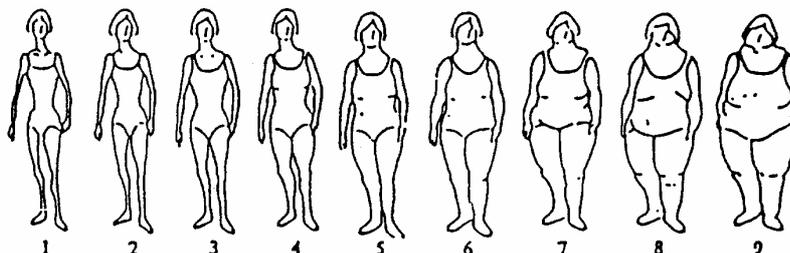
## CARACTERISTIQUES PHYSIQUES

► **Taille actuelle en cm** : (taille mesurée pieds nus) | | | | | cm

► **Poids en kg** : (pieds nus et vêtements légers seulement) | | | | | kg

► **Evolution de la silhouette en fonction de l'âge** (pictogramme ci-dessous) :

Cocher la case correspondant le plus à votre silhouette à l'âge de 10 ans, 20 ans et aujourd'hui



Autour de 10 ans

Autour de 20 ans

Aujourd'hui

## ETAT SOCIO-PROFESSIONNEL

► **Avez-vous une activité professionnelle ?**

OUI (même si en ce moment arrêt maladie, congé sans solde, mise en disponibilité)

NON, j'ai cessé actuellement de travailler

NON, je n'ai jamais eu d'activité professionnelle

► **Quel est votre niveau d'études ?**

- Pas d'études  - Bac à Bac+2

- Certificat d'études  - Bac+3 à Bac+4

- BEPC-CAP  - Bac+5 et plus

## ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

- ▶ À quel âge avez-vous eu vos 1<sup>ères</sup> règles ?      |\_|\_|      N'a jamais eu de règles
- ▶ Avez-vous déjà été enceinte ?      OUI       NON       Ne sais pas
- ▶ Si oui :  
Combien de fois avez-vous été enceinte ? |\_|\_|      Age de la première grossesse ? |\_|\_|
- ▶ Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs hormonaux (pilule, patch, implant sous-cutané, Mirena®) ?  
OUI       NON
- ▶ Au total (pendant toute votre vie), pendant combien d'années / mois avez-vous utilisé une contraception hormonale ?  
|\_|\_| années    |\_|\_| mois      âge de début      |\_|\_|
- ▶ Si vous avez arrêté la pilule, à quel âge avez-vous arrêté ? |\_|\_|
- ▶ Avez-vous toujours vos règles ?      OUI       NON       En cours de ménopause
- ▶ Si vos règles sont arrêtées, comment se sont-elles arrêtées ?  
Naturellement       Après chirurgie de l'utérus       Après chirurgie des ovaires   
Chimiothérapie       Radiothérapie       Autre raison
- ▶ A quel âge vos règles se sont-elles arrêtées ?      |\_|\_|
- ▶ Avez-vous déjà utilisé des médicaments en pré-ménopause (exemple Surgestone®, Luténil®) ?  
OUI       NON
- ▶ Avez-vous déjà utilisé des phytoestrogènes pour soulager les symptômes de la ménopause (Phytosoya®, Ymea®, Sojyam®, Evestrel®) ?  
OUI       Si oui, quelle durée |\_|\_| mois      NON       Ne sait pas
- ▶ Etes-vous mariée ou avez/aviez-vous eu un partenaire régulier ?      OUI       NON

## HISTOIRE FAMILIALE

### À quel groupe de population\* appartenez vous ?

- Caucasienne / Blanche
- Ashkénaze
- Noire-africaine
- Afro-caribéenne
- Arabe
- Berbère
- Asiatique
- Indienne / Pakistanaise

\* Si vous êtes métisse (née d'une mère et d'un père d'origine différente), veuillez cocher les groupes dont vous êtes issue.

## HISTOIRE PERSONNELLE MEDICALE

► **Avez-vous eu les maladies du sein suivantes ayant été confirmées d'une biopsie (premier diagnostic) ?**

Kyste du sein                      OUI       NON       Age |\_\_|\_\_|  
 Maladie Fibro-kystique        OUI       NON       Age |\_\_|\_\_|  
 Abscess du sein                    OUI       NON       Age |\_\_|\_\_|  
 Mastose                              OUI       NON       Age |\_\_|\_\_|  
 Microcalcifications            OUI       NON       Age |\_\_|\_\_|

► **Avez-vous eu un autre cancer ou d'autres cancers ?**

OUI       NON

► Si oui, Age |\_\_|\_\_|                      endroit .....  
                  Age |\_\_|\_\_|                      endroit .....  
                  Age |\_\_|\_\_|                      endroit .....

► **Avez-vous pris des médicaments pendant longtemps (un an ou plus) pour le traitement d'une maladie (hors cancer du sein) ?**                      NON       OUI  (préciser)

Nom du médicament	Pour quelle maladie	Age au début	Durée du traitement (mois)
.....	.....	__ __  ans	__ __
.....	.....	__ __  ans	__ __
.....	.....	__ __  ans	__ __
.....	.....	__ __  ans	__ __
.....	.....	__ __  ans	__ __

## ANTECEDENTS FAMILIAUX

► Listez vos proches pour lesquels un diagnostic de **cancer du sein ou ovaire** a été établi :

Proche	Nombre	Age du diagnostic	Sein	Ovaire
Mère		__ __	__	__
Sœurs	__	__ __	__	__
Grand-mère paternelle		__ __	__	__
Grand-mère maternelle		__ __	__	__
Tante paternelle	__	__ __	__	__
Tante maternelle	__	__ __	__	__
Filles	__	__ __	__	__

► Listez vos proches pour lesquels un diagnostic **d'un autre cancer** que celui du sein ou de l'ovaire a été établi :  
 Père – Mère – Frères – Sœurs – Fils – Filles (ne pas faire état de proches adoptés)

Proche	Age du diagnostic	Type Cancer	Est-elle (il) fumeur? O/N
	__ __		__
	__ __		__
	__ __		__
	__ __		__
	__ __		__

## ACTIVITE PHYSIQUE

► **Quelle distance en moyenne parcourez-vous à pied chaque jour ?**

0-500 mètres  500-2000 m  2000 m et +

► **Combien d'étages montez-vous à pied chaque jour ?**

0  1-4  5 et +

► **Combien d'heures par semaine consacrez-vous aux activités suivantes (moyenne sur l'année) ?**

- Sports pratiqués de façon intensive ou activités vigoureuses (bêcher, sarcler)

0 h/ sem  1-2  3-4  6h et + / sem

- Sports pratiqués de façon légère ou activité modérée (jardinage léger)

0 h/ sem  1-2  3-4  6h et + / sem

- Grand ménage

0 h/ sem  1-2  3-4  6h et + / sem

- Léger ménage

0 h/ sem  1-2  3-4  6h et + / sem

► **Si vous êtes retraitée, pouvez-vous décrire votre activité avant votre retraite (moyenne sur l'année) ?**

- Sports pratiqués de façon intensive ou activités vigoureuses (bêcher, sarcler)

0 h/ sem  1-2  3-4  6h et + / sem

- Sports pratiqués de façon légère ou activité modérée (jardinage léger)

0 h/ sem  1-2  3-4  6h et + / sem

- Grand ménage

0 h/ sem  1-2  3-4  6h et + / sem

- Léger ménage

0 h/ sem  1-2  3-4  6h et + / sem

► **Pouvez-vous décrire votre activité lorsque vous aviez entre 8 et 15 ans ?**

- Sport en dehors de l'école : NON  Ne sait plus

OUI  1 à 5 h / sem  5 h et + / sem  Ne sait plus combien

## AUTRES

**Etes-vous droitère ou gauchère ?**

Droitère

Gauchère

Gauchère Contrariée

Ambidextre

## EXPOSITION AU TABAC ET CONSOMMATION D'ALCOOL

- **Fumez-vous actuellement ou avez-vous fumé dans le passé ?** OUI  NON   
*(au moins une cigarette par jour en moyenne)*
- **Combien fum(i)ez-vous de cigarettes par jour ?**  
1-4  5-14  15-24  25-34  35 et plus  Ne sais pas
- **Aval(i)ez-vous la fumée ?** OUI  NON
- **A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement ?**  
15 ans ou -  16-25  26-35  36 et plus
- **Fumez-vous encore ?**  
OUI   
NON  j'ai arrêté depuis 6 ans et -  6-10  11-15  16 ans et +
- **Dans une journée de 24 h, combien d'heures vivez-vous dans une pièce où vous ou d'autres personnes fument ?**  
En semaine 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12 et +   
En week-end 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12 et +
- **Quelle a été votre consommation d'alcool au cours de votre vie ?**  
*Pour chaque période de votre vie, cochez la case correspondant au nombre de verres d'alcool consommés par semaine. On se base sur un verre classique de type duralex. Une canette équivaut à 2 verres.*

### - Votre consommation de cidre, bière, vin, vin cuit, etc.

Période	Nombre de verres par semaine				
	0	Moins de 1	1 à 5	6 à 10	Plus de 10
Avant l'âge de 15 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46-55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après 65 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### - Votre consommation d'alcools forts type whisky, vodka, pastis, digestif, etc.

Période	Nombre de verres par semaine				
	0	Moins de 1	1 à 5	6 à 10	Plus de 10
Avant l'âge de 15 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46-55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56-65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après 65 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## EXPOSITIONS AUX IRRADIATIONS

- **Avez-vous exercé ou exercez-vous actuellement une profession où des rayons X ou des éléments radioactifs étaient ou sont utilisés ?**

OUI  NON

- Si oui :

Pendant combien d'années ? |\_|\_|

A partir de quel âge |\_|\_| ans

Portez-vous ou avez-vous porté un badge (dosimètre individuel) ? OUI  NON

- **Avez-vous déjà été soignée par des rayons pour une maladie bénigne (angiomes, etc.) ?**  
Merci de répondre pour la période avant votre cancer.

OUI  NON

*Si oui, précisez :*

*A quel âge ? Pour quelle raison ?*

OUI NON

Tête (cerveau, maxillaires, végétations, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Cou (thyroïde, pharynx, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Poumon droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Poumon gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Sein droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Sein gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Ovaire droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Ovaire gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....

- **Avez-vous déjà été soignée par des rayons pour une maladie maligne ?**  
Merci de répondre pour la période avant votre cancer.

OUI  NON

*Si oui, précisez :*

*A quel âge ? Pour quelle raison ?*

OUI NON

Tête (cerveau, maxillaires, végétations, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Cou (thyroïde, pharynx, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Poumon droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Poumon gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Ovaire droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Ovaire gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....
Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _  ans	.....