

Mise à jour de votre état de santé

Merci d'indiquer la date des **diagnostics** dans les cases prévues à cet effet

État de santé général

Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est :

<input type="checkbox"/> excellente	<input type="checkbox"/> très bonne	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> médiocre	<input type="checkbox"/> mauvaise
Vous sentez-vous plein d'énergie ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	

Maladies cardiovasculaires

Année

<input type="checkbox"/> Angine de poitrine				
<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde	(date du premier événement)			
Si oui, combien d'infarctus avez-vous eus ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
En quelle année avez-vous eu votre dernier infarctus ?				
<input type="checkbox"/> Intervention pour pontage ou « stent », ou angioplastie au niveau du cœur				
<input type="checkbox"/> Artérite des membres inférieurs				
Si oui, traitée par : <input type="checkbox"/> pontage ou amputation <input type="checkbox"/> angioplastie <input type="checkbox"/> médicament				
<input type="checkbox"/> Anévrisme aortique				
<input type="checkbox"/> Fibrillation / Flutter auriculaire :	<input type="checkbox"/> permanent(e)	<input type="checkbox"/> par crises		
<input type="checkbox"/> Autres troubles du rythme cardiaque, précisez :				
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque				
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle traitée				
<input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie traitée				
<input type="checkbox"/> Phlébite profonde (pas les phlébites superficielles) / Embolie pulmonaire				
<input type="checkbox"/> Maladie d'une valve cardiaque (valvulopathie)				
Si oui, il s'agit : <input type="checkbox"/> d'un rétrécissement <input type="checkbox"/> d'une fuite (insuffisance)				
	<input type="checkbox"/> de la valve aortique	<input type="checkbox"/> de la valve mitrale	<input type="checkbox"/> d'une autre valve	
Vous avez : <input type="checkbox"/> un pacemaker depuis : <input type="checkbox"/> un défibrillateur depuis : <input type="checkbox"/>				

Maladies endocriniennes

Année

<input type="checkbox"/> Diabète				
Si oui, traité par : <input type="checkbox"/> insuline <input type="checkbox"/> metformine <input type="checkbox"/> autre médicament <input type="checkbox"/> régime alimentaire seul				
<input type="checkbox"/> Maladie thyroïdienne bénigne				
Si oui : <input type="checkbox"/> hyperthyroïdie <input type="checkbox"/> hypothyroïdie <input type="checkbox"/> nodule <input type="checkbox"/> goitre				

E4N-G1.2-2

Maladies neurologiques et neurovasculaires

Année

<input type="checkbox"/> Migraine :	<input type="checkbox"/> avec aura	<input type="checkbox"/> sans aura	<input type="checkbox"/> ne sais pas				
<input type="checkbox"/> Névralgies faciales							
<input type="checkbox"/> Autres maux de tête chroniques							
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) / hémorragie cérébrale / « attaque »							
Si oui, s'agissait-il d'un accident ischémique transitoire (AIT) ?				<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
<input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson							
<input type="checkbox"/> Troubles de la mémoire ayant nécessité consultation							
<input type="checkbox"/> Autre maladie neurologique, précisez :							

Maladies de l'appareil digestif ou urinaire

Année

<input type="checkbox"/> Maladie coéliqua				
<input type="checkbox"/> Ablation de la vésicule biliaire				
<input type="checkbox"/> Sigmoidite diverticulaire traitée par :	<input type="checkbox"/> chirurgie	<input type="checkbox"/> antibiotiques		
<input type="checkbox"/> Polypes bénins :	<input type="checkbox"/> du côlon	<input type="checkbox"/> du rectum		
<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn / Rectocolite hémorragique				
<input type="checkbox"/> Maladie du foie				
Si oui : <input type="checkbox"/> virale <input type="checkbox"/> liée au diabète <input type="checkbox"/> liée au surpoids <input type="checkbox"/> liée à l'alcool				
	<input type="checkbox"/> médicamenteuse	<input type="checkbox"/> autre cause, précisez :		
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale (créatinine sanguine anormale)				

Maladies musculo-squelettiques

Année

<input type="checkbox"/> Fracture(s) :	<input type="checkbox"/> poignet	<input type="checkbox"/> col du fémur	<input type="checkbox"/> vertèbres	<input type="checkbox"/> autre :
Si oui, indiquez la date (en cas de plusieurs fractures, indiquez la plus récente) :				
<input type="checkbox"/> Pseudo polyarthrite rhizomélique (PPR) / Maladie de Horton				
<input type="checkbox"/> Autre problème articulaire gênant la vie quotidienne				
Si oui : <input type="checkbox"/> polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/> spondylarthrite ankylosante <input type="checkbox"/> arthrose <input type="checkbox"/> autre				

Maladies de la peau

Année

<input type="checkbox"/> Eczéma	depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (année)	<input type="checkbox"/> Poussées d'urticaire	depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vitiligo	depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (année)	<input type="checkbox"/> Psoriasis	depuis : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ulcères, plaies chroniques :	<input type="checkbox"/> jambe(s)	<input type="checkbox"/> pied(s)	<input type="checkbox"/> autre
<input type="checkbox"/> Érysipèle			

E4N-G1.2-3

Allergies et intolérances

Vous êtes allergique au(x) :		<input type="checkbox"/> poils d'animaux	<input type="checkbox"/> acariens	<input type="checkbox"/> pollen
Si oui, cela vous provoque :		<input type="checkbox"/> asthme	<input type="checkbox"/> rhume des foins	<input type="checkbox"/> allergie cutanée
		<input type="checkbox"/> conjonctivite		
Vous a-t-on diagnostiqué (par test cutané ou sanguin) une allergie alimentaire imposant la suppression totale et définitive d'un (ou plusieurs) aliment(s) ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Année</small>
Vous excluez complètement de votre alimentation :		<input type="checkbox"/> le gluten	<input type="checkbox"/> le lait	<input type="checkbox"/> tous les laitages
		<input type="checkbox"/> la viande	<input type="checkbox"/> le sucre	<input type="checkbox"/> les œufs

Santé respiratoire

À un moment quelconque **dans les 12 derniers mois** :

- avez-vous eu des sifflements dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, avez-vous été essoufflé, même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- vous êtes-vous réveillé avec une sensation de gêne respiratoire ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- avez-vous eu une crise d'essoufflement au repos, pendant la journée ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- avez-vous eu une crise d'essoufflement APRÈS un effort intense ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- avez-vous été réveillé par une crise d'essoufflement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des épisodes d'au moins 2 jours où vos crises d'asthme étaient vraiment pires que d'habitude ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
On vous a diagnostiqué :		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Année</small>
<input type="checkbox"/> emphysème	<input type="checkbox"/> BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive)	<input type="checkbox"/> autre bronchite chronique

État psychologique et dépression

Avez-vous déjà fait une dépression ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui : Quelle est la date de votre premier épisode dépressif ?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Quelle est la date de votre dernier épisode dépressif (si plusieurs) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<small>Mois</small> <small>Année</small>
Avez-vous déjà pris un traitement par antidépresseurs ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui, à quel âge en avez-vous pris pour la première fois ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ans	
Avez-vous déjà pensé qu'il vaudrait mieux mourir, ou envisagé de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui : À quel âge avez-vous fait votre première tentative de suicide ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ans	
À quel âge avez-vous fait votre dernière tentative (si plusieurs) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ans	
Avez-vous déjà eu un autre trouble psychologique ayant nécessité un traitement ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

E4N-G1.2-4

Problèmes oculaires

	œil gauche	Année	œil droit	Année
Cataracte (année d'intervention)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Glaucome ou hypertension oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dégénérescence maculaire (DMLA)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Perte définitive de la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Autre problème oculaire, précisez :				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Actuellement, pouvez-vous lire clairement les caractères d'imprimerie d'un journal, avec, si besoin, vos lunettes ou vos lentilles ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Actuellement, pouvez-vous voir clairement le visage d'une personne qui se trouve à 4 mètres de vous, avec, si besoin, vos lunettes ou vos lentilles ?			<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Problèmes bucco-dentaires

Portez-vous un appareil dentaire ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui :	Depuis quelle année le portez-vous ?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vous avez un appareil dentaire :		<input type="checkbox"/> complet	<input type="checkbox"/> en bas
		<input type="checkbox"/> en haut	
Le portez-vous tous les jours ou presque ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le supportez-vous bien ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pouvez-vous manger (avec ou sans appareil) des aliments fermes (viande, pomme) ? (cochez un chiffre ci-dessous)			
de pas du tout capable (= 1)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5	à parfaitement capable (= 5)
Avez-vous déjà souffert de sécheresse de la bouche ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		si oui :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vous a-t-on diagnostiqué une parodontite ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
		si oui :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Année</small>

Problèmes auditifs

Portez-vous un appareil auditif ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si oui :	Depuis quelle année le portez-vous ?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vous avez un appareil :		<input type="checkbox"/> aux deux oreilles	<input type="checkbox"/> à gauche
		<input type="checkbox"/> à droite	
Le portez-vous tous les jours ou presque ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Le supportez-vous bien ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Pouvez-vous suivre (avec ou sans appareil) une conversation téléphonique ? (cochez un chiffre ci-dessous)			
de pas du tout capable (= 1)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5	à parfaitement capable (= 5)
Pouvez-vous suivre (avec ou sans appareil) une conversation dans un milieu bruyant ? (cochez un chiffre ci-dessous)			
de pas du tout capable (= 1)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
		<input type="checkbox"/> 5	à parfaitement capable (= 5)
Souffrez-vous d'acouphènes, de bourdonnements et/ou de sifflements d'oreilles ?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

E4N-G1.2-5

Cancers

Merci de **nous adresser une copie des résultats** en votre possession nous permettant de documenter la pathologie.

En cas de récurrence, merci d'indiquer la date du diagnostic le plus récent.

	Mois	Année
<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Intestin : <input type="checkbox"/> côlon <input type="checkbox"/> rectum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Appareil urinaire : <input type="checkbox"/> vessie <input type="checkbox"/> rein	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sang : <input type="checkbox"/> leucémie <input type="checkbox"/> lymphome <input type="checkbox"/> myélome <input type="checkbox"/> autre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Foie	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Estomac	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Peau : <input type="checkbox"/> basocellulaire <input type="checkbox"/> spinocellulaire	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mélanome	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre cancer, précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Noms et adresses de vos médecins et/ou établissements d'hospitalisation

afin que les médecins d'E4N puissent éventuellement contacter les vôtres pour obtenir un complément d'information

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hospitalisations, y compris à domicile

Précisez pour quelle maladie ou opération	Mois	Année
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autres problèmes de santé importants non cités

	Mois	Année
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Traitements (remboursés ou non)

Actuellement, combien de médicaments différents prenez-vous au moins 3 fois par semaine ?

Si certains ne sont pas remboursés, précisez lesquels :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Groupe sanguin

Quel est votre groupe sanguin ?	<input type="checkbox"/> O +	<input type="checkbox"/> A +	<input type="checkbox"/> B +	<input type="checkbox"/> AB +
	<input type="checkbox"/> O -	<input type="checkbox"/> A -	<input type="checkbox"/> B -	<input type="checkbox"/> AB -

Antécédents familiaux

L'un des membres de votre famille a-t-il souffert (ou souffre-t-il) de :	Conjointe	Mère	Père	Frère / sœur	Enfant(s)
Maladie coronarienne sévère (infarctus, stent, pontage)	<input type="checkbox"/>				
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>				
Asthme	<input type="checkbox"/>				
Migraine (avec ou sans aura)	<input type="checkbox"/>				
Dépression sévère	<input type="checkbox"/>				
Obésité	<input type="checkbox"/>				
Dépendance à l'alcool	<input type="checkbox"/>				

Activité physique

Cette année, combien d'heures avez-vous consacrées en moyenne **par semaine** : (indiquez le nombre d'heures pleines en moyenne. Ex. aucune = 0 ; 2h15 = 2 ; 2h30 = 3)

	Hiver (heures)	Eté (heures)
À la marche (y compris pour aller au travail, faire des courses, pour vos loisirs, ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
À faire du vélo (y compris pour aller au travail, pour vos loisirs, ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Au jardinage et/ou au bricolage	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aux tâches ménagères (cuisine, ménage, ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Au sport (natation, gymnastique, tennis, ...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En moyenne, combien d'heures **par jour** restez-vous assis ? (pendant les repas, devant la télévision, devant l'ordinateur, à lire, ...) heures

Autonomie

Veillez cocher la réponse qui décrit le mieux vos capacités **au cours de la semaine passée.**

Êtes-vous capable de : (pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case)	Impossible	Très difficile	Assez difficile	Peu difficile	Aucune difficulté
Vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements ?	<input type="checkbox"/>				
Vous laver les cheveux ?	<input type="checkbox"/>				
Vous lever d'une chaise droite sans accoudoirs ?	<input type="checkbox"/>				
Vous coucher et vous lever du lit ?	<input type="checkbox"/>				
Couper vos aliments, votre viande ?	<input type="checkbox"/>				
Porter à votre bouche une tasse ou un verre bien pleins ?	<input type="checkbox"/>				
Ouvrir une nouvelle brique de lait ?	<input type="checkbox"/>				
Marcher en terrain plat à l'extérieur ?	<input type="checkbox"/>				
Monter 5 marches ?	<input type="checkbox"/>				
Vous laver et vous sécher entièrement ?	<input type="checkbox"/>				
Prendre un bain ?	<input type="checkbox"/>				
Vous asseoir et vous relever des toilettes ?	<input type="checkbox"/>				
Prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête ?	<input type="checkbox"/>				
Vous baisser pour ramasser un vêtement tombé à terre ?	<input type="checkbox"/>				
Ouvrir une porte de voiture ?	<input type="checkbox"/>				
Dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois ?	<input type="checkbox"/>				
Ouvrir et fermer un robinet ?	<input type="checkbox"/>				
Faire toutes vos courses ?	<input type="checkbox"/>				
Monter et descendre de voiture ?	<input type="checkbox"/>				
Faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur, ou faire du petit jardinage ?	<input type="checkbox"/>				
Marcher, au même étage, d'une pièce à l'autre ?	<input type="checkbox"/>				
Vous lever d'un siège sans accoudoirs 5 fois de suite ?	<input type="checkbox"/>				
Vous brosser les dents ?	<input type="checkbox"/>				
Gérer la prise de vos médicaments (dosage, horaire) ?	<input type="checkbox"/>				
Vous déplacer (voiture personnelle, taxi, transports en commun) ?	<input type="checkbox"/>				

E4N-G1.2-8

Sentiments - comportements

Au cours de la semaine passée :
(pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case)

	Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasionnellement (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai été contrarié par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti très déprimé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été confiant dans l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai pensé que ma vie était un échec.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti craintif.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon sommeil n'a pas été bon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai été heureux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai parlé moins que d'habitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti seul.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les autres ont été hostiles envers moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai profité de la vie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu des crises de larmes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je me suis senti triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai manqué d'entrain.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E4N-G1.2-9

Histoire familiale

À quel âge êtes-vous parti définitivement de chez vos parents ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ans
À quel âge vos enfants sont-ils partis définitivement de votre domicile ? (Prendre en compte celui qui est resté le plus longtemps)	<input type="text"/> <input type="text"/> ans
Aujourd'hui, combien de petits-enfants avez-vous ?	<input type="text"/> <input type="text"/>
En moyenne, combien de jours par an êtes-vous avec un ou plusieurs de vos petits-enfants ?	<input type="text"/> <input type="text"/> jours par an

Apprentissage des savoirs

Au contact de qui avez-vous appris ou pratiqué les activités suivantes ?	Grands-parents	Parents	Frères / sœurs	Autres membres de la famille	Amis	Autodidacte, club ou école	Non concerné
Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jardinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bricolage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestion du budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entretien de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaux d'aiguilles (couture...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arts plastiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorties culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voyages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transmission des savoirs

À quel(s) membre(s) de votre famille avez-vous transmis votre savoir-faire en :	Frères / sœurs	Conjointe	Enfants	Petits-enfants	Autres membres de la famille	Aucun d'entre eux	Non concerné
Cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Jardinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bricolage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gestion du budget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Entretien de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Travaux d'aiguilles (couture...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Arts plastiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Musique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sorties culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Voyages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

E4N-G1.2-10

À quelle fréquence, en moyenne, voyez-vous au moins un de vos :	Tous les jours ou presque	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Plusieurs fois par an	Une fois par an ou moins	Je n'en ai pas (ou plus)
parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frères et sœurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
petits-enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À quelle fréquence, en moyenne, avez-vous des contacts (téléphone, Skype, SMS, messagerie, e-mail...) avec au moins un de vos :	Tous les jours ou presque	Au moins une fois par semaine	Au moins une fois par mois	Plusieurs fois par an	Une fois par an ou moins	Je n'en ai pas (ou plus)
parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frères et sœurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
petits-enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Usage des nouvelles technologies

Vous utilisez régulièrement un(e) : ordinateur tablette smartphone

À quelle fréquence utilisez-vous les technologies suivantes ?	je n'en ai pas	jamais	rarement	parfois	souvent
Internet	<input type="checkbox"/>				
E-mail	<input type="checkbox"/>				
SMS ou applications de messagerie (Whatsapp...)	<input type="checkbox"/>				
Réseaux sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram...)	<input type="checkbox"/>				
Applications ou sites internet dédiés à la santé	<input type="checkbox"/>				
Montre connectée ou bracelet connecté	<input type="checkbox"/>				
Balance connectée	<input type="checkbox"/>				
Tensiomètre connecté	<input type="checkbox"/>				
Glucomètre connecté	<input type="checkbox"/>				
Système de télé-assistance à domicile	<input type="checkbox"/>				

De manière générale, comment vous sentez-vous avec les nouvelles technologies ? (cochez un chiffre ci-dessous)

de pas du tout à l'aise (=1) 1 2 3 4 5 à tout à fait à l'aise (=5)

E4N-G1.2-11

Sommeil

Combien de temps en moyenne dormez-vous ?	la nuit :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	heures et	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutes
	le jour (siestes) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	minutes		
Vous sentez-vous somnolent pendant la journée ?							
<input type="checkbox"/>	jamais	<input type="checkbox"/>	rarement	<input type="checkbox"/>	régulièrement	<input type="checkbox"/>	toujours
En moyenne, combien de nuits par mois avez-vous des insomnies ? <input type="text"/> <input type="text"/>							
Vous êtes sujet aux :							
<input type="checkbox"/>	ronflements	<input type="checkbox"/>	apnées du sommeil	<input type="checkbox"/>	apnées du sommeil appareillées		
Prenez-vous des médicaments pour dormir ?							
<input type="checkbox"/>	jamais	<input type="checkbox"/>	rarement	<input type="checkbox"/>	régulièrement	<input type="checkbox"/>	toujours

Consommation de boissons alcoolisées

Cette année, quelle a été, en moyenne, votre consommation d'alcool **par semaine** de :
(indiquez le nombre de verres standard en moyenne par semaine)

Bière / cidre (un verre standard = 250 ml)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vin rouge / vin blanc / vin rosé / champagne (un verre standard = 125 ml)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apéritifs (vin cuit, Porto, etc.) (un verre standard = 70 ml)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alcools forts (Pastis, whisky, vodka, rhum, etc.) (un verre standard = 40 ml)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cette année, combien de fois avez-vous bu, lors de la même occasion, 5 verres ou plus ?

<input type="checkbox"/>	jamais	<input type="checkbox"/>	moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/>	tous les mois	<input type="checkbox"/>	toutes les semaines	<input type="checkbox"/>	tous les jours ou presque
--------------------------	--------	--------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------------

Consommation de tabac

Avez-vous déjà fumé dans votre vie ?		<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non		
Si oui :	<input type="checkbox"/>	vous fumez toujours :	<input type="checkbox"/>	occasionnellement	<input type="checkbox"/>	régulièrement (1 cigarette par jour ou +)	
	<input type="checkbox"/>	vous avez arrêté	Votre âge à l'arrêt :		<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans

Mesures anthropométriques actuelles

Poids :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kg	Taille :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm	Tour de taille (mesuré au nombril) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
Avez-vous perdu, sans le vouloir, 3 kg ou plus dans les 6 derniers mois ?											<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>	non

Vous avez rempli ce questionnaire :		<input type="checkbox"/>	seul	<input type="checkbox"/>	avec l'aide d'un tiers
-------------------------------------	--	--------------------------	------	--------------------------	------------------------

Vous êtes arrivé à la fin de ce questionnaire.
Nous vous remercions vivement pour votre précieuse collaboration.