



# G1.1

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander à un proche de vous aider à remplir ce questionnaire.

**Date de réponse**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	2	0	1	<input type="text"/>
Jour		Mois		Année					

**MERCI DE NE PAS RAYER, DE NE PAS DÉBORDER DES CASES, D'ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR ET EN MAJUSCULES D'IMPRIMERIE.**

**Date de naissance**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	1	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jour		Mois		Année					

## Votre vie quotidienne (plusieurs réponses possibles)

Vous êtes :	marié / en couple <input type="checkbox"/>	divorcé / séparé <input type="checkbox"/>	veuf <input type="checkbox"/>	célibataire <input type="checkbox"/>
Vous vivez :	en couple <input type="checkbox"/>	seul <input type="checkbox"/>	avec un(e) ami(e), sans vie commune <input type="checkbox"/>	
Vous habitez :	une maison individuelle <input type="checkbox"/>	un appartement <input type="checkbox"/>	chez vos enfants <input type="checkbox"/>	
	en maison de retraite / foyer logement / EHPAD <input type="checkbox"/>		depuis <input type="text"/>	(année) autre <input type="checkbox"/>
Avez-vous un animal de compagnie ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		
Vous occupez-vous de personne(s) handicapée(s) ou dépendante(s) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>		
Si oui, combien de temps au total <b>par semaine</b> lui (leur) consacrez-vous ?				
temps plein <input type="checkbox"/>	21 h ou plus <input type="checkbox"/>	de 7 h à 20 h <input type="checkbox"/>	de 2 h à 6 h <input type="checkbox"/>	moins de 2 h <input type="checkbox"/>

## Vos formation et activité professionnelles

Votre niveau d'études le plus élevé :

pas d'études <input type="checkbox"/>	certificat à BEPC <input type="checkbox"/>	CAP - BEP <input type="checkbox"/>	Bac à Bac +2 <input type="checkbox"/>	Bac +3 à Bac +4 <input type="checkbox"/>	Bac +5 ou plus <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--	------------------------------------	---------------------------------------	--	---

Quelle est votre profession ou la dernière profession que vous avez exercée ?

Agriculteur exploitant <input type="checkbox"/>	Artisan, commerçant ou chef d'entreprise <input type="checkbox"/>	
Cadre ou profession intellectuelle supérieure <input type="checkbox"/>	Profession libérale <input type="checkbox"/>	Profession intermédiaire <input type="checkbox"/>
Employé <input type="checkbox"/>	Ouvrier (y compris ouvrier agricole) <input type="checkbox"/>	Sans activité professionnelle <input type="checkbox"/>

Exercez-vous actuellement une activité professionnelle ?

oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>				
Si non, année d'arrêt ?	<input type="text"/>				
Si non, pourquoi ?	préretraite <input type="checkbox"/>	retraite <input type="checkbox"/>	chômage <input type="checkbox"/>	invalidité <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/> : .....

Si vous exercez une activité professionnelle, indiquez ce qui la décrit le mieux :

<input type="checkbox"/>	vous êtes assis la majeure partie de la journée
<input type="checkbox"/>	vous êtes debout mais votre activité ne requiert pas d'effort physique particulier
<input type="checkbox"/>	vos activités requièrent des efforts physiques (transport d'objets lourds, utilisation d'outils, ...)

## VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

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

excellente  très bonne  bonne  médiocre  mauvaise

Vous sentez-vous plein d'énergie ? oui  non

<b>Maladies cardiovasculaires et diabète</b>				Cochez si oui	Année du 1 <sup>er</sup> événement
Angine de poitrine				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Infarctus du myocarde (précisez combien) :		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 et + <input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Intervention pour :		pontage <input type="checkbox"/>	« stent » <input type="checkbox"/>	angioplastie <input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Fibrillation auriculaire :		par crise(s) <input type="checkbox"/>	permanente <input type="checkbox"/>		□ □ □ □ □
Insuffisance cardiaque				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Si oui, pose d'un « pace maker » ?				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Hypertension artérielle ayant nécessité un traitement				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Hypercholestérolémie ayant nécessité un traitement				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Phlébite profonde (pas les phlébites superficielles) / Embolie pulmonaire				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Artérite des membres inférieurs traitée par :		pontage <input type="checkbox"/>	amputation <input type="checkbox"/>		□ □ □ □ □
Diabète				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Si oui, traité par :		insuline <input type="checkbox"/>	metformine <input type="checkbox"/>	autre médicament <input type="checkbox"/>	régime alimentaire seul <input type="checkbox"/>

<b>Maladies neurologiques et neurovasculaires</b>				Cochez si oui	Année du 1 <sup>er</sup> événement
Migraine :		avec aura <input type="checkbox"/>	sans aura <input type="checkbox"/>	autres maux de tête chroniques <input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Accident vasculaire cérébral (AVC) / hémorragie cérébrale / « attaque »				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Si oui, s'agissait-il d'un accident ischémique transitoire (AIT) ?				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Maladie de Parkinson				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Troubles de la mémoire ayant nécessité une consultation				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Autre maladie neurologique, précisez : .....				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Dépression ayant nécessité un traitement				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Troubles psychologiques ayant nécessité un traitement				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □

<b>Maladies de l'appareil digestif ou urinaire</b>				Cochez si oui	Année du 1 <sup>er</sup> événement
Insuffisance rénale / créatinine (ou urée sanguine anormale)				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Maladie de Crohn / rectocolite hémorragique				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Maladie du foie				<input type="checkbox"/>	□ □ □ □ □
Si oui :		virale <input type="checkbox"/>	liée au diabète ou au surpoids <input type="checkbox"/>	liée à l'alcool <input type="checkbox"/>	
		médicamenteuse <input type="checkbox"/>	autre cause <input type="checkbox"/> : .....		



### Vos hospitalisations

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

### Autres problèmes de santé importants non cités

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

### Vos traitements (hors homéopathie)

Avez-vous déjà pris régulièrement (au moins 3 fois par semaine), pendant au moins 6 mois, des médicaments :

	Cochez si oui	Nom du médicament (celui pris le plus longtemps si plusieurs)	Encore pris actuellement
- contre la douleur ou l'inflammation ?	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
- contre l'acidité gastrique ou le reflux ?	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
- pour fluidifier le sang (dont l'aspirine à faible dose) ?	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
- pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>
- contre l'angoisse, l'anxiété ?	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>

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

Si certains ne sont pas remboursés, précisez lesquels : .....

### Vos antécédents familiaux

L'un des membres de votre famille a-t-il eu ?

	Mère	Père	Frère / soeur	Enfant(s)
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer, précisez lequel : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer, précisez lequel : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer, précisez lequel : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer, précisez lequel : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

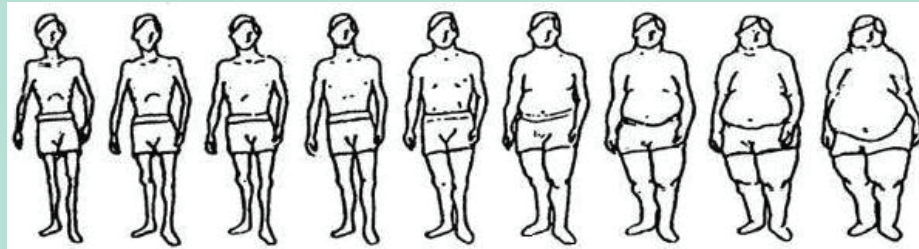
### Vos mesures anthropométriques

Actuellement : Poids    kg Taille    cm Tour de taille (mesuré au nombril)    cm

Avez-vous perdu, sans le vouloir, 3 kg ou plus dans les 6 derniers mois ? oui  non

## Vos mesures anthropométriques (suite)

Indiquez la silhouette qui vous décrit le mieux, aux âges suivants :



À l'âge de 10 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 35/40 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 50/55 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Votre entourage

Êtes-vous satisfait de la qualité de vos relations avec les personnes de votre entourage ?

très satisfait	<input type="checkbox"/>	plutôt satisfait	<input type="checkbox"/>	plutôt insatisfait	<input type="checkbox"/>	insatisfait	<input type="checkbox"/>			
Combien d'ami(es) proche(s) avez-vous ?	0	<input type="checkbox"/>	1 ou 2	<input type="checkbox"/>	3 à 5	<input type="checkbox"/>	6 à 9	<input type="checkbox"/>	10 ou +	<input type="checkbox"/>

De combien de membres de votre famille vous sentez-vous proche ?

aucun	<input type="checkbox"/>	1 ou 2	<input type="checkbox"/>	3 à 5	<input type="checkbox"/>	6 à 9	<input type="checkbox"/>	10 ou +	<input type="checkbox"/>	
Combien de ces amis proches ou membres de votre famille voyez-vous au moins une fois par mois ?	aucun	<input type="checkbox"/>	1 ou 2	<input type="checkbox"/>	3 à 5	<input type="checkbox"/>	6 à 9	<input type="checkbox"/>	10 ou +	<input type="checkbox"/>

Y a-t-il quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour discuter de choses personnelles ou pour prendre une décision difficile ?	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Auriez-vous eu plus besoin de ce type d'aide que vous n'en avez reçu ?

oui, beaucoup plus	<input type="checkbox"/>	oui, plus	<input type="checkbox"/>	oui, un peu plus	<input type="checkbox"/>	non, c'était suffisant	<input type="checkbox"/>
--------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

## Votre 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"/>	<input type="text"/>	minutes	

De combien d'heures de sommeil par nuit avez-vous besoin pour vous sentir bien ?  h  min.

On dit parfois que quelqu'un est « du matin » ou « du soir ». Comment vous considérez-vous ?

tout à fait du soir	<input type="checkbox"/>	plutôt du soir	<input type="checkbox"/>	plutôt du matin	<input type="checkbox"/>	tout à fait du matin	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

Vous sentez-vous excessivement somnolent pendant la journée ?

jamais	<input type="checkbox"/>	rarement	<input type="checkbox"/>	régulièrement	<input type="checkbox"/>	souvent	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------	--------------------------

En moyenne, combien de nuits par mois avez-vous des insomnies ?

Êtes-vous sujet aux :	ronflements	<input type="checkbox"/>	apnées du sommeil	<input type="checkbox"/>	apnées du sommeil appareillées	<input type="checkbox"/>
-----------------------	-------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------

Prenez-vous des médicaments pour dormir ?

jamais	<input type="checkbox"/>	à l'occasion	<input type="checkbox"/>	régulièrement	<input type="checkbox"/>	toujours	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	--------------	--------------------------	---------------	--------------------------	----------	--------------------------

## Votre qualité de vie

<b>Voici des activités que vous pourriez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune, indiquez si vous êtes gêné en raison de votre état de santé actuel :</b>	oui, très gêné	oui, un peu gêné	non, pas du tout gêné			
- efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état physique :</b>		oui	non			
- avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :</b>		oui	non			
- avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
- avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Au cours des 4 dernières semaines, vos douleurs physiques vous ont-elles gêné dans votre travail ou vos activités domestiques ?						
	pas du tout <input type="checkbox"/>	un petit peu <input type="checkbox"/>	moyennement <input type="checkbox"/>			
			beaucoup <input type="checkbox"/>			
			énormément <input type="checkbox"/>			
Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?						
	tout le temps <input type="checkbox"/>	une bonne partie du temps <input type="checkbox"/>	de temps en temps <input type="checkbox"/>			
			rarement <input type="checkbox"/>			
			jamais <input type="checkbox"/>			
<b>Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :</b>	en permanence	très souvent	souvent	parfois	rarement	jamais
- vous vous êtes senti calme et détendu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes senti débordant d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vous vous êtes senti triste et abattu ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Au cours des 4 dernières semaines :</b>	tous les jours	presque tous les jours	certains jours	rarement	jamais	
- avez-vous eu de fortes douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- votre raideur matinale a-t-elle duré plus d'une heure après votre réveil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- vos douleurs vous ont-elles gêné pour dormir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pouvez-vous, sans aide :</b>	impossible	très difficile	assez difficile	peu difficile	aucune difficulté	
- vous déplacer (voiture personnelle, taxi, transports en commun) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- vous servir du téléphone ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- gérer votre budget, les chèques, les factures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous capable de vous lever d'une chaise sans accoudoirs 5 fois de suite ?	oui <input type="checkbox"/>				non <input type="checkbox"/>	

## Sentiments - Comportements

<b>Au cours de la semaine écoulée :</b> (pour chaque ligne, ne cochez qu'une seule case)	Jamais, très rarement (moins d'1 jour)	Occasion- nellement (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"/>	
Les questions suivantes concernent ce que vous pouvez ressentir à propos de différents aspects de votre vie. <b>Merci d'indiquer à quelle fréquence vous avez l'impression :</b>			presque jamais	de temps en temps	souvent
- de manquer de compagnie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de vous sentir exclu, à l'écart			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de vous sentir isolé des autres			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Votre consommation de tabac** (cigarette, pipe, cigarillo ou cigare)

<input type="checkbox"/>	Vous n'avez jamais fumé		
<input type="checkbox"/>	Vous avez fumé :	<input type="checkbox"/> occasionnellement (moins d'une cigarette par jour)	
		<input type="checkbox"/> régulièrement :	<input type="text"/> <input type="text"/> cigarettes par jour pendant <input type="text"/> <input type="text"/> année(s)
		À quel âge avez-vous arrêté de fumer ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ans
<input type="checkbox"/>	Vous fumez :	<input type="checkbox"/> occasionnellement (moins d'une cigarette par jour)	
		<input type="checkbox"/> régulièrement :	<input type="text"/> <input type="text"/> cigarettes par jour depuis <input type="text"/> <input type="text"/> année(s)
Pendant l'enfance, avez-vous vécu dans une pièce enfumée ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez combien d'heures environ par jour <input type="text"/> <input type="text"/>		pendant combien d'année(s) <input type="text"/> <input type="text"/>	
Au cours de votre vie, avez-vous travaillé ou vécu dans une pièce enfumée ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez combien d'heures environ par jour <input type="text"/> <input type="text"/>		pendant combien d'année(s) <input type="text"/> <input type="text"/>	

**Votre 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, 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 ?

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 <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

**Votre activité physique**

Cette année, combien d'heures avez-vous consacré en moyenne <b>par semaine</b> : (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"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- à faire de la bicyclette (y compris pour aller au travail, pour vos loisirs, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- au jardinage et/ou au bricolage	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- aux tâches ménagères (cuisine, ménage, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
- au sport (natation, gymnastique, tennis, ...)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
En moyenne, combien d'heures <b>par jour</b> restez-vous assis ? (au travail, pendant les repas, devant la télévision, devant l'ordinateur, à lire, etc. )	<input type="text"/> <input type="text"/> heures	

Vous avez rempli ce questionnaire : seul  avec l'aide d'un tiers

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