



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"/>	<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 par semaine 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 ?

Si non, pourquoi ? préretraite retraite chômage invalidité autre :

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

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

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

Maladies de l'appareil digestif ou urinaire				Cochez si oui	Année du 1 ^{er} événement
Insuffisance rénale / créatinine (ou urée sanguine anormale)				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Maladie de Crohn / rectocolite hémorragique				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Maladie du foie				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
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"/> :		

Maladies musculo-squelettiques				Cochez si oui	Année du 1 ^{er} événement
Fracture(s) :		poignet <input type="checkbox"/>	col du fémur <input type="checkbox"/>	vertèbres <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez la date (en cas de plusieurs fractures, indiquez la plus récente)					<input type="text"/>
Pseudo polyarthrite rhizomélique / Maladie de Horton				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Problème articulaire gênant la vie quotidienne				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Si oui :		polyarthrite rhumatoïde <input type="checkbox"/>	spondylarthrite ankylosante <input type="checkbox"/>	arthrose <input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>

Maladies des voies respiratoires				Cochez si oui	Année du 1 ^{er} événement
Crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Bronchite chronique				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Emphysème				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Insuffisance respiratoire				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Crises d'asthme				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Si oui, ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Cancers (Merci de nous adresser une copie des résultats en votre possession nous permettant de documenter la pathologie)				Cochez si oui	Année du 1 ^{er} événement
Prostate				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Intestin :		côlon <input type="checkbox"/>	rectum <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poumon				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Appareil urinaire :		vessie <input type="checkbox"/>	rein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Peau :		basocellulaire <input type="checkbox"/>	spinocellulaire <input type="checkbox"/>	mélanome <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres cancers, précisez :				<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
.....				<input type="checkbox"/>	<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	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

Vos hospitalisations

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

Autres problèmes de santé importants non cités

Année
<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'anxiété, 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

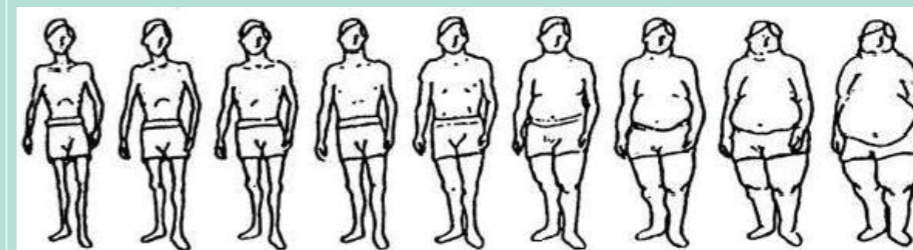
L'un des membres de votre famille a-t-il eu ?	Mère	Père	Frère / soeur	Enfant(s)
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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 <input type="text"/> kg	Taille <input type="text"/> cm	Tour de taille (mesuré au nombril) <input type="text"/> cm
Avez-vous perdu, sans le vouloir, 3 kg ou plus dans les 6 derniers mois ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	

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 : heures et minutes

le jour (siestes) : 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

plutôt du soir

plutôt du matin

tout à fait du matin

Vous sentez-vous excessivement somnolent pendant la journée ?

jamais

rarement

régulièrement

souvent

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

Êtes-vous sujet aux : ronflements

apnées du sommeil

apnées du sommeil appareillées

Prenez-vous des médicaments pour dormir ?

jamais

à l'occasion

régulièrement

toujours

Votre qualité de vie

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 :	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"/>			
Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état physique :	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"/>				
Au cours des 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :	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"/>		
Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :	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"/>
Au cours des 4 dernières semaines :	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"/>	
Pouvez-vous, sans aide :	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

Au cours de la semaine écoulée : (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"/>
Les questions suivantes concernent ce que vous pouvez ressentir à propos de différents aspects de votre vie. Merci d'indiquer à quelle fréquence vous avez l'impression :	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 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"/>	<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 par jour 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 <input type="checkbox"/>	avec l'aide d'un tiers <input type="checkbox"/>
-------------------------------------	-------------------------------	---

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