

Nom: [Données pré-remplies] Prénom : [Données pré-remplies]
Date de naissance : [Données pré-remplies] Sexe : [Données pré-remplies]
Numéro de voie + type et libelle de la voie : [Données pré-remplies]
Complément d'adresse (bâtiment, résidence, apt) : [Données pré-remplies]
Lieu-dit : [Données pré-remplies] Nom commune : [Données pré-remplies]
Code postal : [Données pré-remplies] Téléphone : [Données pré-remplies]

MODULE SANTE

1. Actuellement, fumez-vous du tabac (cigarettes, cigares, pipes, sauf cigarettes électroniques) ?

- 1. Oui, tous les jours
- 2. Oui, occasionnellement
- 3. Non
- 4. NSP
- 5. Refus

SI Q1=1 OU 2

2. Avez-vous fumé dans les deux heures précédant le recueil de vos urines ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q1=1 OU 2

3. Avez-vous fumé dans les deux heures précédant le prélèvement sanguin ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

4. Avez-vous déjà fumé quotidiennement, ou presque tous les jours, pendant au moins un an ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

5. Au quotidien, lorsque vous êtes en intérieur, combien de temps êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac d'autres personnes ? Enq. : une seule réponse possible

- 1. Jamais ou presque jamais
- 2. Moins d'une heure par jour
- 3. Entre 1 et 5 h par jour
- 4. Plus de 5 h par jour

6. Prenez-vous des médicaments ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q6=1

7. Pour quelle(s) maladie(s) ?

.....

SI Q6=1

8. Avez-vous pris des médicaments ce matin (y compris traitement par inhalation et par patch) ?

- 1. Oui
- 2. Non

- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q8=1

9. Le(s)quel(s) ?

Nom médicament	du	Forme présentation	de	Dosage	Nb de prises habituelles par jour
EX : ASPIRINE		COMPRIME		500MG	1CP MATIN ET 1 CP SOIR

10. Êtes-vous soigné(e) pour une maladie des reins ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q10=1

11. Laquelle ?

(Glomérulonéphrite, néphropathie tubulaire, insuffisance rénale chronique, calculs urinaires...)

.....

12. Êtes-vous soigné(e) pour un problème de déminéralisation osseuse (ostéoporose, décalcification) ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

13. Au cours des trois dernières années, avez-vous eu des mesures de la masse osseuse ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q13=1

14. Le résultat de ces mesures était-il normal ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q14=2

15. Quelle était l'anomalie ? Enq. : noter en clair

.....

16. Avez-vous, dans le passé, souffert d'une anémie ferriprive ou d'une carence en fer chronique (plus d'un an) ayant nécessité parfois une supplémentation en fer ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

17. Etes-vous porteur (plusieurs réponses possibles) :

- 1. D'implants orthopédiques métalliques (prothèses de hanches, de genoux...)
- 2. De matériels orthopédiques métalliques (clous, vis, plaques...)
- 3. De prothèses dentaires métalliques (bridge, dent pivot)
- 4. De plombage de couleur grise
- 5. Aucun de ces dispositifs
- 6. Ne sait pas
- 7. Refus

MODULE SANTE - UNIQUEMENT POUR LES FEMMES AGEES ENTRE 18 ET 49 ANS

18. Etes-vous actuellement enceinte ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q18=1

19. Depuis combien de semaines ? (en semaines d'aménorrhée – durée depuis les dernières règles) :

- 1. |__||__| semaines
- 2. NSP
- 3. Refus

SI Q18=1

20. Quel était votre poids avant la grossesse ?

- 1. |__||__||__| kg
- 2. NSP
- 3. Refus

21. Allaitiez-vous actuellement un ou plusieurs de vos enfants?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

MODULE EXPOSITIONS RECENTES

22. Avez-vous consommé des crustacés, poissons ou coquillages dans les 3 jours précédant cet examen ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

23. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé des pesticides* chez vous ou dans le cadre professionnel ?* *Un pesticide est une substance utilisée pour lutter contre les insectes, les moisissures/champignons, rongeurs ou les mauvaises herbes*

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP

- 4. Refus

23bis. Au cours du dernier mois, avez-vous été présent au cours de l'utilisation de pesticides* chez vous ou sur le lieu de votre travail ? * Un pesticide est une substance utilisée pour lutter contre les insectes, les moisissures/champignons, rongeurs ou les mauvaises herbes

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q23=1 ou Q23bis=1

24. Précisez quand :

- 1. <24h
- 2. 24h-48h
- 3. 3-7 jours
- 4. > 8jours

25. Au cours du dernier mois, avez-vous réalisé des réparations mécaniques (automobiles, motos, etc.), électroniques (contacts avec des composants électroniques) et/ou de l'usinage de bois traités (poutres, meubles anciens, etc.) ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q25=1

26. Précisez quand :

- 1. <24h
- 2. 24h-48h
- 3. 3-7 jours
- 4. > 8jours

MODULE MALADIES RESPIRATOIRES

27. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les douze derniers mois ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q27=1

28. Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

29. Avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

30. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire à un moment quelconque, dans les douze derniers mois ?

- 1. Oui

- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

31. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque dans les douze derniers mois ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

32. Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense, à un moment quelconque, dans les douze derniers mois ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

33. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement à un moment quelconque dans les douze derniers mois ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

34. Etes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q34=1

35. Etes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q34=1

36. Vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

37. Avez-vous déjà eu de l'asthme ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q37=1

38. Cela a-t-il été confirmé par un médecin ?

- 1. Oui
- 2. Non

- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q37=1

39. A quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ?
/_____/ ans

SI Q37=1

40. A quel âge avez-vous eu votre dernière crise d'asthme ?
/_____/ ans

SI Q37=1

41. Avez-vous eu une crise d'asthme dans les douze derniers mois ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q41=1

42. Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q42=2

43. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris un traitement contre l'asthme ?

- Oui
- Non
- NSP
- Refus

MODULE QUALITE DE VIE/BIEN-ETRE

Au cours des deux dernières semaines :

44. Vous êtes senti (e) bien et de bonne humeur

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Plus de la moitié du temps
- Moins de la moitié du temps
- De temps en temps
- Jamais

45. Vous vous êtes senti (e) calme et tranquille

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Plus de la moitié du temps
- Moins de la moitié du temps
- De temps en temps
- Jamais

46. Vous vous êtes senti(e) pleine(e) d'énergie et vigoureux(se)

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Plus de la moitié du temps

- Moins de la moitié du temps
- De temps en temps
- Jamais

47. Vous vous êtes réveillé (e) en vous sentant frais (che) et dispos(e)

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Plus de la moitié du temps
- Moins de la moitié du temps
- De temps en temps
- Jamais

48. Votre vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Plus de la moitié du temps
- Moins de la moitié du temps
- De temps en temps
- Jamais

MODULE SOUTIEN SOCIAL

49. Considérant vos proches, considérez-vous que vous êtes ?

- 1. Très bien entouré
- 2. Bien entouré
- 3. Peu entouré
- 4. Pas du tout entouré

CHLORDECONEMIE PRECEDENTE

50. Avez-vous déjà effectué une recherche de chlordécone dans votre sang (chlordéconémie) ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q60=1

51. Quel a été le résultat de votre chlordéconémie ? Enq. : Ne pas citer

- 1. Absence de détection de chlordécone
- 2. Faible imprégnation à la chlordécone
- 3. Exposition récente à la chlordécone

MODALITES DE REMISE DES RESULTATS ET PRISE EN CHARGE MEDICALE

52. Souhaitez-vous que vos résultats de dosages de la chlordécone et d'autres polluants environnementaux recherchés dans le cadre de cette étude vous soient communiqués lorsqu'ils seront disponibles ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

53. Voulez-vous que vos résultats de la chlordécone et d'autres polluants environnementaux recherchés dans le cadre de cette étude vous soient adressés directement à votre domicile ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP

4. Refus

54. Voulez-vous que vos résultats de la chlordécone et d'autres polluants environnementaux recherchés dans le cadre de cette étude vous soient adressés directement à votre médecin ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

55. Si oui, quelles sont les coordonnées de votre médecin traitant ? : (Le médecin chez qui vous vous rendez habituellement)

Nom et Prénom:

Code Postal :

|_|_|_|_|_|_|_|

Commune :

Nom voie et N°:

MESURES

56. Taille (en mètres) : /_/_/ m /_/_/_/ cm

Impossibilité de mesure Refus

57. Tour de taille (en cm) : /_/_/_/_/ cm

Impossibilité de mesure Refus

58. Poids (en kilos) : /_/_/_/_/ kg

Impossibilité de mesure Refus

59. Tour de hanches (en cm) : /_/_/_/_/ cm

Impossibilité de mesure Refus

60. Série de mesures de la pression artérielle :

	1 ^e mesure (BRAS DROIT)	2 ^e mesure (BRAS GAUCHE)	3 ^e mesure (indiquer le bras de référence) : _____
Pression systolique (en mmHg)	/_/_/_/_/	/_/_/_/_/	/_/_/_/_/
Pression diastolique (en mmHg)	/_/_/_/_/	/_/_/_/_/	/_/_/_/_/
Fréquence cardiaque (pulsation/mn)	/_/_/_/_/	/_/_/_/_/	/_/_/_/_/

1. Impossibilité de mesure 2. Refus

Indiquer les observations générales ci-dessous

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Date du prélèvement /_/_/ /_/_/ /_/_/ 202/ _/ -- Heure du prélèvement /_/_/ h/ _/ _/

Indications sur la réalisation des prélèvements biologiques (à remplir par l'infirmier(ère))

A. Le recueil des urines a-t-il été réalisé ?

- Oui

1	<i>Aller en B</i>
---	-------------------

- Non

2	<i>Aller en C</i>
---	-------------------

B. Si oui, quel volume d'urines a été recueilli ?)

Rempli au $\frac{3}{4}$

Rempli de moitié

Rempli à $\frac{1}{4}$

Moins de $\frac{1}{4}$

NSP

C. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Oui	Non
1	2
1	2

Refus de l'individu

Autre (précisez) _____

D. La prise de sang a-t-elle été réalisée ?

- Oui

1	<i>Aller en E</i>
---	-------------------

- Non

2	<i>Aller en F</i>
---	-------------------

E. Si oui, quel volume de sang a été recueilli ? |_||_|_| mL (millilitres)

NSP

F. Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

Oui	Non
1	2
1	2

Refus de l'individu

Autre (précisez) _____

G. Préciser le nombre de tubes prélevés :

Type de tube	Nb prélevé
Tube sec	_ tube(s)
Tube EDTA	_ tube