

Etude KANNARI 2

QUESTIONNAIRE INFIRMIER(E) ENFANT (3 A 10 ANS)

Numéro du préleveur : |_|_|

Numéro de l'enquête : *inscrire le numéro de tirage au sort de la CGSS-ENIM*

| 9 | 7 | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_| | |_|

Commune :

Quartier/IRIS :

Consentement collection bio recueilli : oui non

Commentaires

.....

.....

.....

.....

Nom: [Données pré-remplies]

Prénom : [Données pré-remplies]

Nom du titulaire de l'autorité parentale : [Données pré-remplies]

Prénom du titulaire de l'autorité parentale : [Données pré-remplies]

Lieu-dit : [Données pré-remplies]

Nom commune : [Données pré-remplies]

Code postal : [Données pré-remplies]

Téléphone : [Données pré-remplies]

Le questionnaire est rempli avec le représentant légal de l'enfant et en présence de l'enfant.

PRESENCE DU TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE

1. Mr/Mme [Nom du titulaire de l'autorité parentale] [Prénom du titulaire de l'autorité parentale] est-il/elle présent ?

- 1. Oui
- 2. Non

SI Q1=2

2. Y a-t-il un autre titulaire de l'autorité parentale de [Prénom de l'enfant] présent ?

- 1. Oui
- 2. Non → **REPRENDRE RDV ?**

SI Q2=1

Prendre les coordonnées et le lien d'affiliation du titulaire de l'autorité parentale nouvellement identifié

Nom:

Prénom :

Date de naissance : /_/_/___/

Sexe :

Lien d'affiliation :

DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES

3. Quel est le lieu de naissance de [Prénom de l'enfant] ? *Enq : noter en clair*
.....

4. Où habite [Prénom de l'enfant] ? *Enq : cocher la case*

- 1. Il/elle vit avec ses deux parents, au même domicile
- 2. Les parents sont séparés, il/elle vit principalement chez un de ses parents
- 3. Les parents sont séparés, il/elle vit en alternance chez ses deux parents
- 4. L'enfant vit chez une autre personne

5. En quelle classe est scolarisé [Prénom de l'enfant] ? (*Enq : ne pas citer*)

- 1. Maternelle très petite section
- 2. Maternelle petite section
- 3. Maternelle moyenne section
- 4. Maternelle grande section
- 5. CP
- 6. CE1
- 7. CE2
- 8. CM1
- 9. CM2
- 10. Non scolarisé
- 11. Autre (CLIS, IME,...), préciser :

6. [Prénom de l'enfant] est-il/elle allé(e) à l'école, au moins une demi-journée, au cours des 7 derniers jours ?

- 1. Oui
- 2. Non, il était en vacances
- 3. Non, il était malade
- 4. Non, pour d'autres raisons, préciser :

SI Q6=1

7. Au cours des 7 derniers jours jusqu'à hier, quels jours [Prénom de l'enfant] est-elle/il allé(e) à l'école ? (Enq. : Entourer les réponses)

	Matin	Après-midi
Lundi	1	2
Mardi	1	2
Mercredi	1	2
Jeudi	1	2
Vendredi	1	2
Samedi	1	2

8. Au cours des 12 derniers mois, combien de temps a-t-il/elle passé, chaque semaine, dans les lieux suivants quand il n'était pas dans son établissement scolaire ?

	Nombre de demi-journée, par semaine
1. Chez ses grands parents ou autre membre de sa famille	_ _
2. Chez un(e) assistant(e) maternel(le) (tatie ou nounou)	_ _
3. Dans un ou plusieurs centres de loisir Si plusieurs, préciser le nombre : _	_ _
4. Autre, préciser : Si plusieurs autres, préciser le nombre : _	_ _

SI Q8=1 RENSEIGNE

9. Pouvez-vous renseigner la(les) commune(s) de ses grand-parents ou autre membre de la famille où est gardé [Prénom de l'enfant] ?

/_____/

/_____/

SI Q8=2 RENSEIGNE

10. Pouvez-vous renseigner la commune de l'assistante maternelle (tatie ou nounou) où est gardé [Prénom de l'enfant] ?

/_____/

SI Q8=3 RENSEIGNE

11. Pouvez-vous renseigner la(les) commune(s) du(des) centre(s) de loisir où est gardé [Prénom de l'enfant] ?

/_____/

/_____/

/_____/

SI Q8=4 RENSEIGNE

12. Pouvez-vous renseigner la(les) commune(s) du [AUTRE LIEU_PRECISE] où est gardé [Prénom de l'enfant] ?

/_____/

/_____/

/_____/

MODULE SANTE

13. Au quotidien, lorsque [Prénom de l'enfant] est en intérieur, combien de temps est-il/elle exposé(e) à la fumée de tabac d'autres personnes (au domicile ou ailleurs) ? 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

MODULE EXPOSITIONS RECENTES

14. [Prénom de l'enfant] a-t-il/elle consommé des crustacés, poissons ou coquillages dans les 3 jours précédant cet examen ?
- 1. Oui
 - 2. Non
 - 3. NSP
 - 4. Refus
15. Au cours du dernier mois, [Prénom de l'enfant] a-t-il été présent au cours de l'utilisation des pesticides* chez vous ? * 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 Q15=1

16. Précisez quand :

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

MODULE MALADIES RESPIRATOIRES

17. Au cours des 12 derniers mois, [Prénom de l'enfant] a-t-il/elle eu des sifflements dans la poitrine à un moment quelconque ?
- 1. Oui
 - 2. Non
 - 3. NSP
 - 4. Refus

SI Q17=1

18. A-t-il/elle eu des sifflements alors qu'il/elle n'était pas enrhumé ?

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

SI Q17=2 OU 3

19. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il/elle eu des sifflements dans la poitrine pendant ou après un effort ?
- 1. Oui

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

20. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il/elle été réveillé par une crise d'essoufflement à un moment quelconque ?

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

21. A-t-il/elle déjà eu de l'asthme ?

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

SI Q21=1

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

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

SI Q21=1

23. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il/elle eu une crise d'asthme ?

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

SI Q21=1

24. Au cours des 12 derniers mois, a-t-il/elle pris un traitement contre l'asthme ?

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

SI Q24=1

25. Lequel ou lesquels ?

.....

26. A-t-il/elle eu d'autres problèmes de santé qui l'obligent à aller souvent chez le médecin ou à prendre des médicaments ?

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

SI Q26=1

27. De quels problèmes de santé s'agit-il ?

.....

28. Bénéficie-t-il/elle d'un projet d'accueil individualisé pour un problème de santé ? Enq. : un PAI définit les adaptations apportées à la scolarité de l'enfant : régimes alimentaires, aménagements d'horaires, dispenses de certaines activités et activités de substitution.

- 1. Oui
- 2. Non

- 3. NSP
- 4. Refus

SI Q28=1

29. Lequel ou lesquels ?

.....

30. Prend-il/elle des médicaments ?

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

SI Q30=1

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

.....

SI Q31=1

32. A-t-il/elle pris des médicaments ce matin (y compris traitement par inhalation et par patch) ?

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

SI Q32=1

33. Le(s)quel(s) ?

Nom du médicament	Forme de présentation	Dosage	Nombre de prises habituelles par jour
<i>EX : ASPIRINE</i>	<i>COMPRIME</i>	<i>500MG</i>	<i>1CP MATIN ET 1 CP SOIR</i>

CHLORDECONEMIE PRECEDENTE

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

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

SI Q34=1

35. Quel a été le résultat de sa 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

36. Souhaitez-vous que les résultats de dosages de la chlordécone et d'autres polluants environnementaux effectués chez [Prénom de l'enfant] dans le cadre de cette étude vous soient communiqués lorsqu'ils seront disponibles ?

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

37. Voulez-vous que ses résultats de la chlordécone et d'autres polluants environnementaux effectués chez [Prénom de l'enfant] dans le cadre de cette étude vous soient adressés directement à votre domicile ?

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

38. Voulez-vous que les résultat de la chlordécone et d'autres polluants environnementaux effectués chez [Prénom de l'enfant] dans le cadre de cette étude vous soient adressés directement à votre médecin ?

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

39. 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

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

Impossibilité de mesure Refus

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

Impossibilité de mesure Refus

Indiquer les observations générales ci-dessous

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) ?

Refus de l'individu.....

Autre (précisez) _____

Oui	Non
1	2
1	2

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) ?

Refus de l'individu.....

Autre (précisez) _____

Oui	Non
1	2
1	2

G. Préciser le nombre de tubes prélevés :

Type de tube	Nb prélevé
Tube sec	__ tube(s)
Tube EDTA	__ tube
Récipient urine	__ urine