



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ DE CARTaGENE
PHASE A

Lu et approuvé par

Signature

Marie-Christine Lamarche

Directrice des opérations



PARTIE 1 : QUESTIONNAIRE D'IDENTIFICATION

IDENTIFICATION-INFIRMIÈRE _ _ - _ _

ID Participant :

Collez l'étiquette code barre ici.

DATE DE L'ENTREVUE

---- -- --
ANNÉE MOIS JOUR

HEURE DE DÉBUT

-- --
HEURES MINUTES



Nous allons maintenant procéder à votre identification, car les données qui nous ont été transmises de la Régie de l'assurance maladie du Québec restent confidentielles et ne peuvent être fournies pour l'analyse des résultats de l'enquête.

Domaine GENRE

1) Notez le sexe du participant

- 1 Masculin
2 Féminin

Précision : si vous avez un doute, demandez poliment le sexe du participant.

Domaine ÂGE/DATE DE NAISSANCE

1) Quelle est votre date de naissance?

Instructions : Si le participant n'est pas certain de sa réponse sur le mois et le jour de naissance, écrire le 15 du mois et/ou juin (le 6^e mois de l'année) pour le mois.

_____Année de naissance (AAAA)

____Mois de naissance (MM)

____Jour de naissance (JJ)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

2) Quel âge avez-vous?

____Âge

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas



Domaine LIEU DE RÉSIDENCE

1) Quels sont les trois premiers caractères de votre code postal?

___ Code postal (X9X)

888 Préfère ne pas répondre

999 Ne sait pas

1.1) Dans quelle ville, localité ou village habitez-vous?

Instructions: Écrire le nom au complet.

OUVERT _____

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

2) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à habiter à cet endroit?

Ou en quelle année avez-vous commencé à habiter à cet endroit?

_____ Âge à l'arrivée en ce lieu

OU

_____ Date d'arrivée en ce lieu (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

3) Cet endroit est-il celui où vous avez vécu le plus longtemps jusqu'à aujourd'hui?

0 Non

1 Oui

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

Renvoi : Si OUI ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE, allez au domaine LIEU DE NAISSANCE, page 8.



4) Nous voudrions en savoir plus au sujet de l'endroit où vous avez passé le plus de temps dans votre vie. Alors, dans quel pays avez-vous vécu le plus longtemps?

CANADA

Autres pays, écrire le nom du pays _____

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sait pas

Renvoi : Si CANADA allez à 5, Si PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine LIEU DE NAISSANCE, page 8

5) Dans quelle province avez-vous vécu le plus longtemps?

24 Québec

35 Ontario

10 Terre-Neuve

11 Île-du-Prince-Édouard

12 Nouvelle-Écosse

13 Nouveau-Brunswick

46 Manitoba

47 Saskatchewan

48 Alberta

59 Colombie-Britannique

60 Yukon, Territoires-du-Nord-Ouest, Nunavut

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sait pas

Renvoi : Si PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 8, page 7.

6) Dans quelle ville, localité ou village avez-vous vécu le plus longtemps?

Instructions : Écrire le nom au complet.

OUVERT _____

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas



7.1) Quels étaient les trois premiers caractères du code postal de l'endroit où vous avez vécu le plus longtemps?

___ Code postal (X9X)

888 Préfère ne pas répondre

999 Ne sait pas

Renvoi : Si PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 7.2, sinon allez à 8, page 7.

7.2) Quel était le nom de la rue où vous avez vécu le plus longtemps?

OUVERT _____

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

Renvoi : Si PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 8, page 7.

7.3) Quelle était l'intersection la plus proche de l'endroit où vous avez vécu le plus longtemps?

OUVERT _____

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

**8) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à habiter à cet endroit?
Ou en quelle année avez-vous commencé à habiter à cet endroit?**

_____ Âge à votre arrivée

OU

_____ Date d'arrivée (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

9) À quel âge avez-vous quitté cet endroit? Ou en quelle année avez-vous quitté cet endroit?

Instruction: Indiquez l'âge ou l'année où vous avez quitté définitivement ce lieu

_____ Âge lorsque vous êtes parti de cet endroit

OU

_____ Date de départ de cet endroit (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas



Domaine LIEU DE NAISSANCE

Maintenant, voici quelques questions sur vous et vos origines familiales.

1) Dans quel pays êtes-vous né(e)?

CANADA

Autre pays, écrire le nom du pays _____

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

Renvoi : Si CANADA, passez à 2, sinon passez à 4, page 9.

2) Dans quelle province?

24 Québec

35 Ontario

10 Terre-Neuve

11 Île-du-Prince-Édouard

12 Nouvelle-Écosse

13 Nouveau-Brunswick

46 Manitoba

47 Saskatchewan

48 Alberta

59 Colombie-Britannique

60 Yukon, Territoires-du-Nord-Ouest, Nunavut

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sait pas

3) Dans quelle ville, localité ou village?

Instructions : Écrivez le nom au complet.

OUVERT _____

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

Renvoi : Allez à 5, page 9



4) À quel âge ou en quelle année êtes-vous venu (e) la première fois au Canada pour y vivre?

_____ Âge d'arrivée au Canada pour y vivre

OU

_____ Date d'arrivée au Canada pour y vivre (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

5) Dans quel pays votre mère biologique est-elle née?

CANADA

Autre pays, écrire le nom du pays _____

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

6) Dans quel pays votre père biologique est-il né?

CANADA

Autre pays, écrire le nom du pays _____

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

7) Dans quel pays la mère de votre mère est-elle née?

CANADA

Autre pays, écrire le nom du pays _____

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas



8) Dans quel pays le père de votre mère est-il né?

CANADA

Autre pays, écrire le nom du pays_____

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

9) Dans quel pays la mère de votre père est-elle née?

CANADA

Autre pays, écrire le nom du pays_____

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

10) Dans quel pays le père de votre père est-il né?

CANADA

Autre pays, écrire le nom du pays_____

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

11) Êtes-vous...?

1 Amérindien (ne)

2 Métis

3 Inuit

4 Aucun des précédents

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas



Domaine TITRE DU POSTE AU TRAVAIL

3.1) Quel est le titre de votre poste au travail?

OUVERT _____

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

Précision : Donnez une description complète, par exemple commis de bureau, ouvrier d'usine, technicien forestier. Ne rapportez que votre emploi principal, celui qui vous occupe la plupart du temps.

REMERCIEMENTS

Nous vous remercions d'avoir rempli cette première partie du questionnaire.

HEURE DE FIN

__ __
HEURES

__ __
MINUTES



PARTIE 2 : QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ

Note : Cette page est réservée à l'infirmière ou l'intervieweur

IDENTIFICATION-INFIRMIÈRE _ _ - _ _ _

ID Participant:

Collez l'étiquette code barres-ici.

DATE DE L'ENTREVUE _ _ _ _ _ _ _ _
ANNÉE MOIS JOUR

HEURE DE DÉBUT _ _ _ _
HEURES MINUTES



Cette partie du questionnaire comporte une série de questions auxquelles nous aimerions que vous répondiez vous-même. Nous vous demandons de lire et de cocher la bonne réponse à l'aide d'un «X». Si vous avez de la difficulté, demandez de l'aide auprès de l'infirmière. Essayez de répondre du mieux que vous pouvez.

SECTION B : FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES

Domaine ÉTAT CIVIL

1) Quel est votre statut matrimonial actuel?

- 1 Marié(e) et/ou vivant avec un(e) partenaire ou un conjoint de fait
- 2 Divorcé(e)
- 3 Séparé(e)
- 4 Veuf-veuve
- 5 Célibataire, jamais marié(e)
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Domaine SITUATION DU MÉNAGE

1) Combien d'adultes, vous y compris, font actuellement partie de votre ménage?

____Adultes

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précision : Les personnes âgées de 18 ans et plus sont considérées comme des adultes, les autres comme des enfants.

2) Combien d'enfants font actuellement partie de votre ménage?

____Enfants

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Domaine FRÈRES ET SOEURS

1) Combien de frères et sœurs biologiques avez-vous? Veuillez inclure les frères et sœurs décédés, ainsi que les demi-sœurs et les demi-frères.

___ Frères et sœurs

0 = Aucun

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sais pas

Précision : Les demi-frères et les demi-sœurs ont un parent en commun. N'incluez pas les frères et sœurs non biologiques ou ceux qui sont adoptés.

Renvoi : Si vous n'avez pas de frères et de sœurs, inscrivez 0 et allez à 4, page 15

2) Combien de vos frères et sœurs biologiques sont, ou étaient, plus âgés que vous? Veuillez inclure ceux et celles qui sont décédés, ainsi que vos demi-frères et demi-sœurs.

___ Frères et sœurs plus âgés

0 = Aucun

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sais pas

Précision : Les demi-frères et les demi-sœurs ont un parent en commun. N'incluez pas les frères et sœurs non biologiques ou ceux qui sont adoptés. Si vous faites partie d'une naissance multiple, donnez à ces frères et sœurs le même âge que vous (c'est-à-dire pas plus âgée), peu importe l'ordre dans lequel vous êtes nés.

3) Êtes vous un jumeau ou faites-vous partie d'une naissance multiple comprenant des mort-nés ou des enfants morts après la naissance?

0 Non

1 Oui

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sais pas

Précision : Les naissances multiples comprennent les jumeaux, les triplets, les quadruplets et autres multiples.



4) Avez-vous été adopté(e)?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Domaine LANGUE

1.1) Quelle est la première langue que vous avez apprise à la maison dans votre enfance et que vous comprenez encore?

Instructions : Une réponse multiple est possible seulement si plusieurs langues ont été apprises en même temps. Maximum de 2 réponses.

- 1 Anglais
- 2 Français
- 3 Arabe
- 4 Cri ou une autre langue autochtone
- 5 Cantonais
- 6 Néerlandais
- 7 Allemand
- 8 Grec
- 9 Hindi
- 10 Hongrois
- 11 Italien
- 12 Coréen
- 13 Mandarin
- 14 Persan -Farsi
- 15 Polonais
- 16 Portugais
- 17 Punjabi
- 18 Russe
- 19 Espagnol
- 20 Tagalog- Philippin
- 21 Tamoul
- 22 Ukrainien
- 23 Ourdou
- 24 Vietnamien
- 25 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

2.1) Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?

Instructions : Maximum de 2 réponses.

- 1 Anglais
- 2 Français
- 3 Arabe
- 4 Cri ou une autre langue autochtone
- 5 Cantonais
- 6 Néerlandais
- 7 Allemand
- 8 Grec
- 9 Hindi
- 10 Hongrois
- 11 Italien
- 12 Coréen
- 13 Mandarin
- 14 Persan -Farsi
- 15 Polonais
- 16 Portugais
- 17 Punjabi
- 18 Russe
- 19 Espagnol
- 20 Tagalog- Philippin
- 21 Tamoul
- 22 Ukrainien
- 23 Ourdou
- 24 Vietnamien
- 25 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas



Domaine NIVEAU D'ÉDUCATION

Voici maintenant quelques questions sur votre niveau d'éducation (ou niveau d'instruction) et votre revenu.

1) Quel est le plus haut niveau d'éducation (ou niveau d'instruction) que vous avez complété?

- 0 Aucun
- 1 École primaire
- 2 École secondaire
- 3 École de commerce, technique ou professionnelle ou formation en apprentissage ou CEGEP technique
- 4 Diplôme d'un collège communautaire ou d'un CEGEP pré-universitaire, ou certificat non universitaire
- 5 Certificat universitaire d'un niveau inférieur au baccalauréat
- 6 Baccalauréat
- 7 Études graduées (M.Sc, MBA, MD, Ph.D, etc.)
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Renvoi : Si "AUCUN", allez au domaine REVENU, page 19.

2) Quel était votre âge lorsque vous avez complété ce niveau d'enseignement? Ou en quelle année avez-vous complété ce niveau d'enseignement?

_____ Âge lorsque ce niveau d'enseignement a été complété

OU

_____ Date à laquelle ce niveau d'enseignement a été complété (année)

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sais pas



Domaine REVENU

1) Quel est le revenu annuel total moyen de votre ménage, provenant de toutes les sources, avant impôt?

- 1 Moins de 10 000 \$
- 2 10 000 \$ - 24 999 \$
- 3 25 000 \$ - 49 999 \$
- 4 50 000 \$ - 74 999 \$
- 5 75 000 \$ - 99 999 \$
- 6 100 000 \$ - 149 999 \$
- 7 150 000 \$ - 199 999 \$
- 8 200 000 \$ et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précision : Comprend le salaire, les indemnités, les rentes, les allocations.

2) Combien de personnes vivent de ce revenu, incluant le soutien de tout enfant, parent ou autres personnes qui ne vivent pas sous le même toit que vous?

____ Personnes

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Domaine SITUATION PROFESSIONNELLE

Les questions qui suivent concernent vos activités professionnelles.

1) Quelle est votre situation professionnelle actuelle?

Instructions : Pas plus d'une réponse. Sont considérées comme travailleurs les personnes qui sont salariées ou qui travaillent à leur propre compte. Les étudiants qui n'ont pas d'emploi devraient indiquer sans emploi.

- 1 Travailleur
- 2 Retraité (e)
- 3 S'occupe de la maison et/ou de la famille
- 4 Incapable de travailler pour cause de maladie ou d'incapacité fonctionnelle
- 5 Sans emploi
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Renvoi : Si SANS EMPLOI ou RETRAITÉ, allez à 9, page 24.

1.1) Travaillez-vous ?

- 1 Comme salarié
- 2 À votre propre compte
- 3 Comme salarié et à votre propre compte
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Renvoi : Si À VOTRE PROPRE COMPTE, allez à 1.3, page 21.

1.2) Travaillez-vous comme salarié?

- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Renvoi : Si la réponse à la question 1.1 est COMME SALARIÉ, allez à 2, page 21.

1. 3) Travaillez-vous à votre propre compte?

- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

2) Faites-vous du travail bénévole ou non rémunéré?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

3) Êtes-vous étudiant?

- 0 Non
- 1 À temps plein
- 2 À temps partiel
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

4) Quel type d'emploi occupez-vous?

- 1 Membres de l'exécutif et des corps législatifs, cadres supérieurs de l'administration publique, dirigeants et cadres supérieurs d'entreprise
- 2 Professions intellectuelles et scientifiques (professionnels)
- 3 Professions intermédiaires (techniciens et professionnels associés)
- 4 Employés de type administratif (employés de bureau)
- 5 Personnels des services et vendeurs de magasin et de marché
- 6 Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche
- 7 Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal
- 8 Conducteurs d'installation et de machines et ouvriers d'assemblage
- 9 Ouvriers et employés non qualifiés
- 10 Forces armées
- 77 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

5.1) De quel type d'entreprise, d'industrie ou de service s'agit-il?

- 1 Agriculture, chasse et sylviculture
- 2 Pêche
- 3 Activités extractives
- 4 Activités de fabrication
- 5 Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau
- 6 Construction
- 7 Commerce de gros et de détail; réparation de véhicules automobiles, de motocycles et de biens personnels et domestiques
- 8 Hôtels et restaurants
- 9 Transports, entreposage et communications
- 10 Intermédiation financière
- 11 Immobilier, locations et activités de services aux entreprises
- 12 Administration publique et défense; sécurité sociale obligatoire
- 13 Éducation
- 14 Santé et action sociale
- 15 Autres activités de services collectifs, sociaux et personnels
- 16 Ménages privés employant du personnel domestique
- 17 Organisations et organismes extra-territoriaux
- 77 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Renvoi : Si AUTRE, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS, allez à 7, page 23

5.2) Pouvez-vous préciser de quel type d'entreprise, d'industrie ou de service il s'agit?

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

6) Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à travailler à cet endroit? Ou en quelle année avez-vous commencé à travailler à cet endroit?

____ Âge au début de votre emploi

OU

_____ Date du début d'emploi (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

7) Lequel des choix ci-dessous décrit le mieux votre horaire de travail?

- 1 Horaire normal – de jour ou par quart
- 2 Horaire normal – quart de soir
- 3 Horaire normal – quart de nuit
- 4 Quarts rotatifs, alternant périodiquement de jour et de soir ou de nuit.
- 5 Poste fractionné, comprenant deux périodes ou plus chaque jour
- 6 Horaire irrégulier ou sur appel
- 7 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précisions : «UN QUART DE NUIT» est le travail pendant les premières heures du matin, après minuit. «QUART DU SOIR» est le travail pendant la soirée ou avant minuit.

8) S'agit-il du travail que vous avez exercé le plus longtemps?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Renvoi : Si NON, allez à 10.1, page 24.

9) Avez-vous déjà été salarié ou à votre propre compte?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Renvoi : Si OUI, allez à 10.1. Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS, allez au Domaine USAGE DU TABAC, page 27.

10.1) En ce qui a trait au travail que vous avez exercé le plus longtemps, de quel type d'entreprise, d'industrie ou de service s'agissait-il?

- 1 Agriculture, chasse et sylviculture
- 2 Pêche
- 3 Activités extractives
- 4 Activités de fabrication
- 5 Production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau
- 6 Construction
- 7 Commerce de gros et de détail; réparation de véhicules automobiles, de motocyclettes et de biens personnels et domestiques
- 8 Hôtels et restaurants
- 9 Transports, entreposage et communications
- 10 Intermédiation financière
- 11 Immobilier, locations et activités de services aux entreprises
- 12 Administration publique et défense; sécurité sociale obligatoire
- 13 Éducation
- 14 Santé et action sociale
- 15 Autres activités de services collectifs, sociaux et personnels
- 16 Ménages privés employant du personnel domestique
- 17 Organisations et organismes extra-territoriaux
- 77 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précision : La liste décrit les activités économiques de l'industrie, par exemple agriculture, chasse et services connexes.

Renvoi : Si AUTRE, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS, allez à 11, page 25.

10.2) Pouvez-vous être plus précis quant au type d'entreprise, d'industrie ou de service dont il s'agissait?

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sais pas

11) Quel était le type d'emploi que vous avez occupé le plus longtemps?

- 1 Membres de l'exécutif et des corps législatifs, cadres supérieurs de l'administration publique, dirigeants et cadres supérieurs d'entreprise
2 Professions intellectuelles et scientifiques (professionnels)
3 Professions intermédiaires (techniciens et professionnels associés)
4 Employés de type administratif (employés de bureau)
5 Personnels des services et vendeurs de magasin et de marché
6 Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche
7 Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal
8 Conducteurs d'installation et de machines et ouvriers d'assemblage
9 Ouvriers et employés non qualifiés
10 Forces armées
77 Autre
88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sais pas

12) À quel âge avez-vous commencé à travailler à cet endroit? Ou en quelle année avez-vous commencé à travailler à cet endroit?

____ Âge du début d'emploi

OU

_____ Date du début d'emploi (année)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sais pas

13) En ce qui a trait au travail que vous avez exercé le plus longtemps, laquelle des options suivantes décrit le mieux votre horaire de travail?

- 1 Horaire normal – de jour ou par quart
- 2 Horaire normal – quart de soir
- 3 Horaire normal – quart de nuit
- 4 Quarts rotatifs, alternant périodiquement de jour et de soir ou de nuit.
- 5 Poste fractionné, comprenant deux périodes ou plus chaque jour
- 6 Horaire irrégulier, ou sur appel
- 7 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précisions : «UN QUART DE NUIT» est le travail pendant les premières heures du matin, après minuit. «QUART DU SOIR» est le travail pendant la soirée ou avant minuit.

14) À quel âge avez-vous cessé de travailler à cet endroit? Ou, en quelle année avez-vous cessé de travailler à cet endroit?

_____ Âge à l'arrêt du travail

OU

_____ Date à l'arrêt du travail (année)

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sais pas

SECTION C : HABITUDES ET COMPORTEMENTS DE VIE

Voici maintenant quelques questions concernant vos habitudes et comportements de vie.

Domaine USAGE DU TABAC

1) Au cours de votre vie, avez-vous fumé 100 cigarettes ou plus?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Précision : Un total de 100 cigarettes signifie environ 4 paquets.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS, allez à 9, page 30.

2) Fumez-vous des cigarettes actuellement?

- 0 Pas du tout
- 1 Occasionnellement
- 2 Quotidiennement
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Précision : Occasionnellement veut dire avoir fumé au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais pas chaque jour. Quotidiennement veut dire au moins une cigarette chaque jour au cours des 30 derniers jours.

Renvoi : Si PAS DU TOUT, OCCASIONNELLEMENT, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS, allez à 4 page 28.

3) En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous chaque jour ou chaque semaine, incluant celles qui sont roulées à la main?

_____Cigarettes par jour

OU

_____Cigarettes par semaine

888 Préfère ne pas répondre

999 Ne sais pas

Précision : Un paquet contient ordinairement 25 cigarettes.

4) Avez-vous déjà fumé presque tous les jours ou tous les jours?

0 Non

1 Oui

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sais pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS, allez à 9, page 30.

5) Durant la période où vous avez le plus fumé, actuelle ou passée, combien de cigarettes avez-vous fumé environ?

_____Cigarettes par jour

OU

_____Cigarettes par semaine

888 Préfère ne pas répondre

999 Ne sais pas

Précision : Un paquet contient ordinairement 25 cigarettes.

6) Quelle a été la durée de cette période, en mois ou années?

Instructions : Utiliser une seule unité de temps.

____ Mois

OU

____ Années

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sais pas

7) À quel âge avez-vous commencé à fumer presque chaque jour? Ou en quelle année avez-vous commencé à fumer presque chaque jour?

____ Âge auquel vous avez commencé à fumer

OU

____ Date à laquelle vous avez commencé à fumer (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

Renvoi : Si vous ne fumez pas actuellement MAIS avez fumé des cigarettes quotidiennement, allez à 8; sinon, allez à 9, page 30.

8) À quel âge avez-vous cessé de fumer des cigarettes presque chaque jour? Ou en quelle année avez-vous cessé de fumer des cigarettes presque chaque jour?

____ Âge lorsque vous avez arrêté de fumer presque chaque jour

OU

____ Date à laquelle vous avez arrêté de fumer presque chaque jour (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

9) Au cours de votre vie, avez-vous consommé d'autres types de tabac régulièrement et pour une durée d'au moins six mois?

1.1	Cigares	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.2	Cigarillos	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.3	Pipe	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.4	Tabac à chiquer et tabac à priser	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.5	Noix de Bétel	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.6	Paan	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.7	Shisha	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.8	Autres produits contenant de la nicotine	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas

Précision : Une consommation régulière correspond à un minimum d'une consommation de tabac par semaine.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS à tout, allez au domaine EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE, page 32; sinon, allez à 10.

10) Consommez-vous actuellement d'autres types de tabac?

1.1	Cigares	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.2	Cigarillos	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.3	Pipe	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.4	Tabac à chiquer et tabac à priser	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.5	Noix de Bétel	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.6	Paan	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.7	Shisha	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas
1.8	Autres produits contenant de la nicotine	0 1 8 9	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Ne sais pas

Domaine EXPOSITION À LA FUMÉE SECONDAIRE

1) Jusqu'à l'âge de 18 ans, pendant combien d'années avez-vous vécu avec quelqu'un qui fumait régulièrement la cigarette, le cigare ou la pipe à l'intérieur de la maison?

___Années

0 = Aucune

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sais pas

2) Durant toute votre vie d'adulte, de l'âge de 18 ans jusqu'à aujourd'hui, pendant combien d'années avez-vous vécu avec une personne qui fumait la cigarette, le cigare ou la pipe à l'intérieur de la maison?

___Années

0= Aucune

888 Préfère ne pas répondre

999 Ne sais pas

3) Durant toute votre vie d'adulte, de l'âge de 18 ans jusqu'à aujourd'hui, pendant combien d'années avez-vous travaillé régulièrement dans un environnement où d'autres personnes fumaient la cigarette, le cigare ou la pipe en votre présence?

___Années

0= Aucune

888 Préfère ne pas répondre

999 Ne sais pas

4) À la maison, à quelle fréquence êtes-vous généralement exposé(e) à la fumée des autres?

0 Jamais

1 Au moins une fois par mois

2 Au moins une fois par semaine

3 Presque chaque jour

4 Chaque jour



- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sais pas

5) Pendant les loisirs réalisés à l'extérieur de votre maison, à quelle fréquence êtes-vous généralement exposé(e) à la fumée des autres?

- 0 Jamais
1 Au moins une fois par mois
2 Au moins une fois par semaine
3 Presque chaque jour
4 Chaque jour
88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sais pas

6) Au travail, à quelle fréquence êtes-vous généralement exposé(e) à la fumée des autres?

- 0 Jamais
1 Au moins une fois par mois
2 Au moins une fois par semaine
3 Presque chaque jour
4 Chaque jour
88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sais pas

Domaine ALCOOL

1) Avez vous déjà bu de l'alcool?

- 0 Non
 1 Oui
 8 Préfère ne pas répondre
 9 Ne sais pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS, allez au domaine Alimentation, page 38.

2) Au cours des 12 derniers mois, quelle a été votre consommation approximative d'alcool?

0	<input type="checkbox"/>	Jamais	→	Allez à 5
1	<input type="checkbox"/>	Moins d'une fois par mois	→	Allez à 4.1, si homme ou à 4.2 si femme
2	<input type="checkbox"/>	Environ une fois par mois	→	Allez à 4.1, si homme ou à 4.2 si femme
3	<input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par mois	→	Allez à 4.1, si homme ou à 4.2 si femme
4	<input type="checkbox"/>	Une fois par semaine	→	Allez à 3
5	<input type="checkbox"/>	2 à 3 fois par semaine	→	Allez à 3
6	<input type="checkbox"/>	4 à 5 fois par semaine	→	Allez à 3
7	<input type="checkbox"/>	Presque chaque jour (y compris 6 fois par semaine)	→	Allez à 3
88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	→	Allez à 5
99	<input type="checkbox"/>	Ne sais pas	→	Allez à 5

Précision : Sont compris dans l'alcool, le vin rouge et le vin blanc, la bière, les alcools forts ou liqueurs et autres produits y compris le sake, le cidre, le vin mousseux, le vin rosé, etc.

Renvoi : Si JAMAIS, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIS PAS, allez à 5, page 37. SI MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE, allez à 4.1, si homme ou à 4.2 si femme, page 36. Si UNE FOIS PAR SEMAINE OU PLUS, allez à 3, page 35.

3) Au cours d'une semaine ordinaire durant les 12 derniers mois, combien de vin rouge, vin blanc, bière, liqueur, ou spiritueux consommez-vous durant les jours de semaine et les fins de semaine?

Type de boisson alcoolisée	Nombre de verres durant les jours de semaine (Lundi-Jeudi)	Nombre de verres en fin de semaine (Vendredi-Dimanche)
Vin rouge (un verre de vin de 142ml ou 5 onces)	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas
Vin blanc (un verre de vin de 142 ml ou 5 onces)	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas
Bière (une bouteille ou une canette de bière ou un verre de bière pression de 341 ml ou 12 onces)	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas
Liqueur ou Spiritueux (un verre d'alcool fort ou de spiritueux de 1 once et ½ once)	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas
Autre sorte de boisson alcoolisée	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas	_ _ _ Verres 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sais pas

Précision : Par verre, on entend un verre de vin ou de breuvage à base de vin (142 ml, 5 onces), une bouteille ou une canette de bière ou un verre de bière pression (341 ml, 12 onces), un verre d'alcool sec ou mélangé contenant 1 once ou ½ once de spiritueux.

4.1) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que vous avez consommé cinq verres ou plus lors d'une même rencontre ou occasion ?

*Instructions : Ne répondez à cette question que **si vous êtes un homme.***

- 0 Jamais
- 1 1 à 5 fois par année
- 2 6 à 11 fois par année
- 3 Environ une fois par mois
- 4 2 à 3 fois par mois
- 5 Une fois par semaine
- 6 2 à 3 fois par semaine
- 7 4 à 5 fois par semaine
- 8 Presque chaque jour (y compris 6 fois par semaine)
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précision : Par verre, on entend un verre de vin ou de vin panaché (142 ml, 5 onces), une bouteille ou une canette de bière ou un verre de bière pression (341 ml, 12 onces), un verre d'alcool sec ou mélangé contenant 1 once ou ½ once de spiritueux.

Renvoi : Allez à 5, page 37.

4.2) Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence diriez-vous que vous avez consommé quatre verres ou plus lors d'une même rencontre ou occasion?

*Instructions : Ne répondez à cette question que **si vous êtes une femme.***

- 0 Jamais
- 1 1 à 5 fois par année
- 2 6 à 11 fois par année
- 3 Environ une fois par mois
- 4 2 à 3 fois par mois
- 5 Une fois par semaine
- 6 2 à 3 fois par semaine
- 7 4 à 5 fois par semaine
- 8 Presque chaque jour (y compris 6 fois par semaine)
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précision : Par verre, on entend un verre de vin ou de vin panaché (142 mL, 5 onces), une bouteille ou une canette de bière ou un verre de bière pression (341 mL, 12 onces), un verre d'alcool sec ou mélangé contenant 1 once ou ½ once de spiritueux.



5) Comparé à la période où vous consommiez le plus d'alcool, comment est votre consommation d'alcool actuelle?

- 1 Environ la même
- 2 Moins que la période où vous consommiez le plus d'alcool
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Domaine ALIMENTATION

1) Au cours d'une journée ordinaire, combien de portions de légumes mangez-vous? Une portion de légumes frais, congelés, en boîte ou cuits représente environ ½ tasse ou 125 ml.

_____ Portions /jour

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sais pas

2) Au cours d'une journée ordinaire, combien de portions de fruits (cela n'inclut pas les jus de fruits) mangez vous? Une portion représente ½ tasse de fruits frais, congelés ou en conserve.

_____ Portions /jour

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sais pas

3) Au cours d'une journée ordinaire, combien de portions de jus de 100% fruits ou légumes buvez-vous?

Ceci inclut des mélanges de jus de fruits et légumes, mais pas les boissons à base de fruits ou les cocktails de fruits. Une portion représente environ ½ tasse ou 125 ml.

_____ Portions /jour

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sais pas

Domaine SOMMEIL

Et maintenant, voici quelques questions concernant votre sommeil.

1) Combien d'heures par jour dormez-vous en moyenne, incluant les siestes?

____ Heures de sommeil

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sais pas

Précision : Ici un jour veut dire une période de 24 heures (la question n'oppose PAS sommeil de jour et sommeil de nuit). Le nombre d'heures peut contenir une décimale si c'est nécessaire.

2) Avez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e)?

- 0 Jamais
1 Parfois
2 À l'occasion
3 La plupart du temps
4 Tout le temps
88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sais pas

3) En moyenne, combien de lumière pénètre dans votre chambre lorsque vous dormez?

- 0 Pratiquement aucune
1 Un peu
2 Beaucoup
88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sais pas

Domaine EXPOSITION AUX RAYONS ULTRA-VIOLETS

1) Quelle est votre couleur naturelle de cheveux? Si vous avez maintenant les cheveux gris, veuillez indiquer la couleur de vos cheveux avant qu'ils ne deviennent gris.

- 1 Blond
- 2 Roux
- 3 Brun clair
- 4 Brun foncé
- 5 Noir
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

2.1) Durant les mois d'été, combien de temps passez-vous généralement chaque jour au soleil entre 11 heures et 16 heures les jours de semaine?

- 1 Moins de 30 minutes
- 2 De 30 à 59 minutes
- 3 D'une heure à moins de 2 heures
- 4 De 2 heures à moins de 3 heures
- 5 De 3 heures à moins de 4 heures
- 6 De 4 heures à 5 heures
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

2.2) Durant les mois d'été, combien de temps passez-vous généralement au soleil chaque jour entre 11 heures et 16 heures les fins de semaine?

- 1 Moins de 30 minutes
- 2 De 30 à 59 minutes
- 3 D'une heure à moins de 2 heures
- 4 De 2 heures à moins de 3 heures
- 5 De 3 heures à moins de 4 heures
- 6 De 4 heures à 5 heures
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

3) Durant les mois d'été, lorsque vous vous exposez au soleil pendant 30 minutes ou plus, à quelle fréquence utilisez-vous une protection solaire incluant une lotion, un chapeau ou un vêtement protecteur?

- 0 Jamais
- 1 Rarement
- 2 Parfois
- 3 Souvent
- 4 Toujours
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

4) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous utilisé de l'équipement de bronzage artificiel comme un lit de bronzage, lampe solaire ou lampe de bronzage pour une raison quelconque, y compris pour des raisons médicales?

- 0 Jamais
- 1 1 à 4 fois
- 2 5 à 9 fois
- 3 10 à 14 fois
- 4 15 à 19 fois
- 5 20 à 24 fois
- 6 25 fois et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

5) Après plusieurs mois sans vous être exposé, si vous vous exposiez au soleil pendant l'été et au milieu de la journée sans écran solaire ou vêtement protecteur pendant une heure, comment réagirait votre peau?

- 1 Rien n'arriverait en une heure
- 2 Brunirait sans coup de soleil
- 3 Serait légèrement brûlée et bronzée
- 4 Grave coup de soleil pendant quelques jours avec desquamation
- 5 Coup de soleil sévère avec cloques
- 6 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précision : Si vous ne vous exposez pas au soleil, imaginez le plus précisément possible ce qui arriverait.


Domaine ACTIVITÉ PHYSIQUE

Nous allons vous poser des questions sur le temps pendant lequel vous avez été physiquement actif-ve au cours des sept derniers jours. Veuillez répondre à chaque question, même si vous considérez que vous n'êtes pas une personne active. Pensez aux activités physiques que vous effectuez en travaillant, en entretenant votre maison et votre jardin, en vous déplaçant d'un endroit à l'autre et pendant vos loisirs, sous la forme d'exercices ou de sports.

PARTIE 1 : ACTIVITÉ PHYSIQUE RELIÉE AU TRAVAIL

Les premières questions concernent votre travail. Celui-ci comprend les emplois rémunérés, l'agriculture, le travail bénévole, le travail accompli dans le cadre de cours et tout autre travail non rémunéré que vous avez fait hors de votre domicile. N'incluez pas le travail non rémunéré que vous faites chez vous, comme le ménage, l'entretien du terrain, l'entretien général et les soins à votre famille. Ces activités seront traitées dans la partie 3.

1. Actuellement, avez-vous un travail ou faites-vous un travail non rémunéré en dehors de chez vous?

- 0 Non  ***Passez à la PARTIE 2 : ACTIVITÉ PHYSIQUE LIÉE AU TRANSPORT, page 46***
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Les questions qui suivent concernent toutes les activités physiques faites pendant votre travail rémunéré ou non rémunéré, au cours des 7 derniers jours. Ces activités n'incluent pas les déplacements pour vous rendre à votre travail ou en revenir.

2. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques d'intensité vigoureuse telles que soulever des charges lourdes, creuser, faire des travaux lourds de construction, monter des escaliers dans le cadre de votre travail? Pensez seulement aux activités physiques que vous avez faites pendant au moins 10 minutes à la fois.

_____ Jours par semaine

77 Aucune activité physique vigoureuse liée au travail

➔ **Passez à la question 4, page 44**

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sais pas

3. Combien de temps avez-vous généralement passé à pratiquer les activités physiques d'intensité vigoureuse dans le cadre de votre travail, au cours d'une de ces journées?

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

4. **Encore une fois, ne pensez qu'aux activités physiques que vous avez pratiquées pendant au moins 10 minutes à la fois. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques d'intensité modérée telles que soulever des poids légers, dans le cadre de votre travail? Veuillez ne pas inclure la marche.**

_____ Jours par semaine

- 77 Aucune activité physique modérée
reliée au travail
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

➔ **Passez à la
question 6, page 45**

5. **Combien de temps avez-vous généralement passé à effectuer les activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail, au cours d'une de ces journées?**

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

- 8888 Préfère ne pas
répondre
- 9999 Ne sais pas

6. **Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous fait de la marche pendant au moins 10 minutes à la fois dans le cadre de votre travail? Ne comptez pas le temps de marche pour vous rendre à votre travail ou en revenir.**

_____ Jours par semaine

77 Pas de marche reliée au travail



***Passez à la PARTIE 2 :
ACTIVITÉ PHYSIQUE LIÉE AU
TRANSPORT, page 46***

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sais pas

7. **Combien de temps par jour avez-vous généralement passé à faire de la marche dans le cadre de votre travail, au cours d'une de ces journées?**

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

PARTIE 2 : ACTIVITÉ PHYSIQUE LIÉE AU TRANSPORT

Les questions qui suivent concernent votre mode de déplacement d'un endroit à l'autre, y compris les endroits comme votre travail, les magasins, le cinéma, etc.

8. **Au cours des 7 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous déplacé(e) en véhicule motorisé comme un train, un autobus, une voiture ou le métro?**

_____ Jours par semaine

- 77 Pas de déplacement en véhicule motorisé → ***Passez à la question 10, page 47.***
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

9. **Combien de temps avez-vous généralement passé à voyager en train, en autobus, en voiture, en métro, ou à l'aide d'un autre moyen de transport motorisé, au cours d'une de ces journées?**

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sais pas

Pensez maintenant à vos déplacements en bicyclette et à la marche que vous avez faite pour vous rendre à votre travail et en revenir, faire des courses ou vous rendre d'un endroit à un autre

10. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous déplacé(e) en bicyclette d'un endroit à un autre pendant au moins 10 minutes à la fois?

_____ Jours par semaine

77 Pas de bicyclette d'un
endroit à un autre

→ **Passez à la question 12,
page 48.**

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sais pas

11. **Combien de temps avez-vous généralement passé à vous déplacer en bicyclette d'un endroit à un autre, au cours d'une de ces journées?**

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas
répondre

9999 Ne sais pas

12. **Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous marché pour aller d'un endroit à un autre pendant au moins 10 minutes à la fois?**

_____ Jours par semaine

77 Pas de marche d'un
endroit à un autre

➔ **Passez à la PARTIE 3 : TRAVAUX
MÉNAGERS, MAINTENANCE, SOINS À LA
FAMILLE, page 49.**

8 Préfère ne pas
répondre

9 Ne sais pas

13. **Combien de temps avez-vous passé généralement à vous déplacer à pied d'un endroit à un autre, pendant une de ces journées?**

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas
répondre

9999 Ne sais pas

PARTIE 3 : TRAVAUX MÉNAGERS, ENTRETIEN DE LA MAISON ET SOIN DE LA FAMILLE

Cette section concerne les activités physiques que vous avez pratiquées au cours des 7 derniers jours, dans votre maison et aux alentours, comme les travaux ménagers, le jardinage, l'entretien du terrain, l'entretien général et les soins à votre famille.

- 14. Pensez seulement aux activités physiques que vous avez pratiquées pendant au moins 10 minutes à la fois. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous effectué des activités physiques d'intensité vigoureuse comme soulever de lourdes charges, bûcher du bois, pelleter de la neige ou creuser dans le potager et/ou le jardin?**

_____ Jours par semaine

- 77 Aucune activité vigoureuse dans la cour et/ou le jardin → ***Passez à la question 16, page 50.***
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

- 15. Combien de temps par jour avez-vous généralement passé à pratiquer une activité physique d'intensité vigoureuse dans votre potager ou votre jardin?**

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sais pas

16. **Encore une fois, pensez seulement aux activités physiques que vous avez pratiquées pour au moins 10 minutes à la fois. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous pratiqué des activités d'intensité modérée comme le port des charges légères, balayer, nettoyer les fenêtres, ratisser le potager et/ou le jardin?**

_____ Jours par semaine

- 77 Aucune activité modérée dans la cour et/ou le jardin → **Passez à la question 18, page 51.**
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

17. **Combien de temps avez-vous généralement passé au cours d'une de ces journées à pratiquer des activités physiques d'intensité modérée dans le potager ou le jardin?**

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sais pas

18. Encore une fois, pensez seulement aux activités physiques que vous avez pratiquées pour au moins 10 minutes à la fois. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques d'intensité modérée comme transporter des charges légères, nettoyer les fenêtres, nettoyer les planchers et balayer à l'intérieur de votre maison?

_____ Jours par semaine

77 Aucune activité modérée à l'intérieur de la maison

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sais pas

→ **Passez à la PARTIE 4 : ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES, SPORTS ET ACTIVITÉS PHYSIQUES DE LOISIRS, page 52**

19. Combien de temps avez-vous généralement pratiqué des activités physiques d'intensité modérée au cours d'une de ces journées, dans votre maison?

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

PARTIE 4 : ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES, SPORTS, ACTIVITÉS PHYSIQUES LIÉES AUX LOISIRS

Cette section concerne les activités physiques que vous avez pratiquées au cours des 7 derniers jours et qui sont uniquement des activités récréatives, des activités sportives, de l'exercice ou des loisirs. Aucune des activités que vous avez déjà mentionnées ne doit être incluse.

20. Sans compter la marche que vous avez déjà mentionnée, pendant combien de jours avez-vous marché pendant au moins 10 minutes consécutives au cours des 7 derniers jours dans vos moments de loisirs?

_____ Jours par semaine

77 Pas de marche pendant mes loisirs

➔ **Passez à la question 22, page 53.**

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sais pas

21. Combien de temps avez-vous généralement consacré à faire de la marche pendant vos loisirs, au cours d'une de ces journées?

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

22. **Pensez maintenant aux activités physiques que vous avez pratiquées pendant au moins 10 minutes à la fois dans vos loisirs. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques d'intensité vigoureuse comme la danse aérobique, la course à pied, la bicyclette rapide, la natation rapide pendant vos moments de loisirs?**

_____ Jours par semaine

- 77 Aucune activité vigoureuse pendant les loisirs → ***Passez à la question 24, page 54.***
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

23. **Au cours d'une de ces journées, pendant combien de temps avez-vous généralement pratiqué des activités physiques d'intensité vigoureuse dans vos loisirs?**

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sais pas

24. Encore une fois, pensez seulement aux activités physiques que vous avez pratiquées pendant au moins 10 minutes à la fois. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de journées avez-vous pratiqué des activités physiques d'intensité modérée telles que la bicyclette à un rythme normal, nager à un rythme normal, et jouer des doubles au tennis pendant vos heures de loisirs?

_____ Jours par semaine

77 Aucune activité modérée pendant les loisirs



***Passez à la PARTIE 5:
TEMPS PASSÉ ASSIS, page 55***

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sais pas

25. Pendant combien de temps, au cours d'une de ces journées, avez-vous pratiqué des activités physiques d'intensité modérée dans vos loisirs?

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

PARTIE 5 : TEMPS PASSÉ ASSIS

Les dernières questions concernent le temps que vous avez passé *assis* au cours des sept derniers jours. Inclure le temps au travail, à la maison, pendant que vous faites des travaux de cours et au cours de vos périodes de loisir. Ceci peut inclure le temps passé assis à un bureau, en visite chez des amis, à lire, ou le temps passé assis ou allongé à regarder la télévision. Ne pas inclure le temps passé assis dans un véhicule à moteur que vous avez déjà mentionné.

26. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous généralement passé assis au cours d'un jour de semaine?

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas

27. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous généralement passé à être assis pendant un jour de fin de semaine?

Instructions : Indiquez le nombre d'heures ET de minutes.

_____ Heures par jour

_____ Minutes par jour

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sais pas



SECTION D : ÉTAT MENTAL

Nous allons voir maintenant comment vous percevez votre état de santé.

Domaine PERCEPTION GÉNÉRALE DE VOTRE SANTÉ

1) En général, diriez-vous que votre santé est... ?

- 1 Mauvaise
- 2 Passable
- 3 Bonne
- 4 Très bonne
- 5 Excellente
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Domaine SYMPTÔMES DE DÉPRESSION

1) Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par l'un des problèmes suivants?

Instructions : Lisez toutes les options et cochez UNE réponse pour chaque question.

		Jamais	Plusieurs jours	Plus de 7 jours	Presque tous les jours
a	Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
b	Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
c	Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
d	Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
e	Peu d'appétit ou excès d'appétit	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
f	Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille.	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
g	Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
h	Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
i	Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre.	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)



2) Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés à la question 1, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

- 0 Pas du tout difficile (s)
- 1 Plutôt difficile (s)
- 2 Très difficile (s)
- 3 Extrêmement difficile (s)

Domaine SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ

1) Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par l'un des problèmes suivants?

Instructions : Lire toutes les rubriques et cocher UNE réponse pour chaque question.

		Jamais	Plusieurs jours	Plus de 7 jours	Presque tous les jours
1.	Se sentir nerveux (e), anxieux (e) ou crispé (e)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
2.	Ne pas être capable d'arrêter de s'inquiéter	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
3.	Se faire trop de soucis à propos de différentes choses	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
4.	Avoir de la difficulté à se détendre	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
5.	Être si agité (e) qu'il est difficile de rester assis (e)	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
6.	Être facilement incommodé (e) ou irritable	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)
7.	Être angoissé (e) comme si quelque chose de terrible allait arriver	<input type="checkbox"/> (0)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (3)

2) Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés à la question 1, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

- 0 Pas du tout difficile (s)
- 1 Plutôt difficile (s)
- 2 Très difficile (s)
- 3 Extrêmement difficile (s)

SECTION E : ENVIRONNEMENT PSYCHOSOCIAL

Domaine STRESS AU TRAVAIL

Vous allez maintenant lire une série d'énoncés concernant votre travail principal actuel. Veuillez indiquer si vous êtes fortement en désaccord, en désaccord, en accord ou fortement en accord avec chacun des énoncés.

1.1) Mon travail exige que j'apprenne des choses nouvelles.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

1.2) Mon travail exige un niveau élevé de qualifications.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

1.3) Mon travail consiste à refaire toujours les mêmes choses.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

1.4) J'ai la liberté de décider comment je fais mon travail.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

1.5) J'ai passablement d'influence sur la façon dont les choses se passent à mon travail.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

2.1) Mon travail exige d'aller très vite.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

2.2) On me demande de faire une quantité excessive de travail.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

2.3) J'ai suffisamment de temps pour faire mon travail.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

2.4) Je reçois des demandes contradictoires de la part des autres.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

2.5) Mon travail exige de travailler très fort.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précision : Le travail est mentalement ou physiquement très exigeant.

3.1) Mes collègues facilitent l'exécution de mon travail.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Travaille seul (e)
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Renvoi : Si TRAVAILLE SEUL, allez à 4.1, page 64.

3.2) Mes collègues ont une attitude hostile ou conflictuelle envers moi

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Travaille seul (e)
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Renvoi : Si TRAVAILLE SEUL, allez à 4.1, page 64.

3.3) Mon supérieur immédiat facilite la réalisation du travail

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 66 N'a pas de supérieur
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Renvoi : Si N'A PAS DE SUPÉRIEUR, allez à 4.1

3.4) Mon supérieur immédiat a une attitude hostile ou conflictuelle envers moi.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 66 N'a pas de supérieur
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Précision : Il peut s'agir d'une attitude agressive.

4.1) Au travail, mes efforts sont suffisamment appréciés.

- 1 Fortement en désaccord
- 2 En désaccord
- 3 En accord
- 4 Fortement en accord
- 77 Ne s'applique pas
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sais pas

Domaine ÉVÉNEMENTS MAJEURS DE LA VIE

1) Au cours des douze derniers mois, avez-vous vécu un événement stressant comme la perte d'un être cher, une maladie grave ou de sérieuses difficultés familiales ou financières?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

Domaine SOUTIEN SOCIAL

1) Avez-vous quelqu'un à qui vous pouvez parler de vos sentiments ou préoccupations intimes ?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

2) Connaissez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez compter pour des conseils lorsque vous devez prendre des décisions personnelles importantes?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas

3) Connaissez-vous quelqu'un qui vous donne le sentiment d'être aimé (e) et choyé (e)?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sais pas



REMERCIEMENTS

Nous vous remercions d'avoir rempli cette deuxième partie du questionnaire. La troisième et dernière partie vous sera administrée par une infirmière ou un intervieweur.

HEURE DE FIN — — — —
 HEURES MINUTES



PARTIE 3 : QUESTIONNAIRE ASSISTÉ

IDENTIFICATION-INFIRMIÈRE __ __ - __ __

ID Participant:

Collez l'étiquette code barres ici.

DATE DE L'ENTREVUE ____ __ __ __ __
ANNÉE MOIS JOUR

HEURE DE L'ENTREVUE __ __ __ __
HEURES MINUTES

SECTION F : HISTOIRE INDIVIDUELLE DES MALADIES

Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant certains problèmes de santé que vous pouvez avoir ou avoir eus.

Domaine MALADIES ENDOCRINIENNES, ALIMENTAIRES ET MÉTABOLIQUES

1.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez du diabète?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : Le diabète consiste dans un taux de glucose élevé dans le sang.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 2.1, page 70

1.2) Est-ce (ou était-ce) seulement un diabète gestationnel, un diabète de type 1 ou de type 2?

- 1 Diabète gestationnel seulement (**si femme**)
- 2 Type 1
- 3 Type 2
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision :

Diabète de type 1 : Anciennement appelé diabète juvénile ou diabète insulino-dépendant. Toutes les personnes atteintes de diabète de type 1 doivent être traitées à l'insuline.

Diabète de type 2 : Anciennement appelé diabète de l'adulte ou diabète non insulino-dépendant; peut se développer à tout âge, mais se manifeste généralement au cours de la vie adulte principalement en raison d'un problème d'obésité. Certaines personnes atteintes de diabète de type 2 nécessitent un traitement à l'insuline, mais d'autres sont traitées au moyen d'une médication autre ou seulement d'un régime.



**1.3) Quel âge aviez-vous lorsque le diabète a été diagnostiqué pour une première fois?
Ou en quelle année a-t-il été diagnostiqué?**

__Âge

OU

____Année (date)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

1.4) Au cours de l'année qui a suivi votre diagnostic de diabète, avez-vous commencé à prendre de l'insuline ?

0 Non

1 Oui

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

1.5) Êtes-vous actuellement sous traitement médical pour le diabète?

0 Non

1 Oui

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

2.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie de la glande thyroïdienne?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 3.1, page 71.

2.2) Est-ce (ou était-ce) de l'hyperthyroïdie ou de l'hypothyroïdie?

- 1 Hyperthyroïdie
- 2 Hypothyroïdie
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : L'hyperthyroïdie consiste en une production excessive d'hormones thyroïdiennes. L'hypothyroïdie consiste en une production insuffisante de ces hormones.

2.3) Quel âge aviez-vous lorsqu' une maladie de la glande thyroïde a été diagnostiquée pour la première fois? Ou en quelle année a-t-elle été diagnostiquée?

__Âge

OU

____Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sait pas

2.4) Êtes-vous actuellement sous traitement médical pour une maladie de la glande thyroïdienne?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

3.1) Avez-vous déjà fait mesurer votre taux de cholestérol sanguin?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

3.2) Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre taux de cholestérol sanguin était élevé?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE, la page 72

3.3) Quel âge aviez-vous lorsqu'un taux élevé de cholestérol sanguin a été diagnostiqué pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

__Âge

OU

____Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

3.4) Êtes-vous actuellement traité pour un taux de cholestérol sanguin élevé?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Domaine MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE

4.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une pression sanguine élevée ou de l'hypertension artérielle, autre qu'une pression sanguine élevée survenant durant la grossesse?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 5.1, page 73

4.2) Quel âge aviez-vous lorsqu'un problème de pression sanguine élevée ou d'hypertension artérielle a été diagnostiqué pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

__Âge

OU

____Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

4.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour de la pression sanguine élevée ou de l'hypertension artérielle?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

5.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez de l'angine de poitrine?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Spécification : Une angine de poitrine se caractérise par une douleur dans la poitrine ou un malaise qu'on ressent quand le cœur ne reçoit pas suffisamment de sang. Cela arrive typiquement lors d'exercices physiques et on la décèle souvent à l'aide d'un électrocardiogramme à l'effort.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 6.1, page 74

5.2) Quel âge aviez-vous lorsque l'angine de poitrine a été diagnostiquée pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

___Âge

OU

___Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

5.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour une angine de poitrine?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

6.1) Avez-vous déjà ressenti une douleur ou un malaise dans la poitrine?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 7.1, page 75.

6.2) Lorsque vous marchez à un rythme normal sur une surface plane, ressentez-vous une douleur?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

6.3) Lorsque vous montez une pente ou marchez à un rythme soutenu, ressentez-vous une douleur?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

7.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez eu un accident vasculaire cérébral?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Précision : Un accident vasculaire cérébral est parfois appelé accident vasculaire d'origine cérébrale ou AVC.

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 8.1, page 76.

7.2) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez eu un accident vasculaire cérébral pour la première fois? Ou en quelle année est-ce arrivé?

_____Âge

OU

_____Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

7.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour un accident vasculaire cérébral?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

8.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez eu un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE, allez à 9.1, page 77.

**8.2) À quel âge avez-vous eu votre premier infarctus du myocarde ou crise cardiaque?
Ou en quelle année est-ce arrivé?**

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sait pas

8.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Domaine MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

9.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez de l'asthme?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 10.1, page 78

9.2) Quel âge aviez-vous lorsque l'asthme a été diagnostiqué pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

_____ Âge

OU

_____Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

9.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour l'asthme?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

10.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une bronchite chronique?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Précision : La bronchite chronique est une forme de bronchopneumopathie chronique obstructive. La bronchite chronique est caractérisée par une toux quotidienne avec production de crachats pendant au moins trois mois de l'année, pendant au moins deux années consécutives en l'absence de toute autre maladie respiratoire.

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 11.1, page 79

10.2) Quel âge aviez-vous lorsqu'une bronchite chronique a été diagnostiquée pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

_____ Âge

OU

_____Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

10.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour une bronchite chronique?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas



11.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez de l'emphysème?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 12.1, page 80

11.2) Quel âge aviez-vous lorsque l'emphysème a été diagnostiqué pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

_____ Âge

OU

_____Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sait pas

11.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour l'emphysème?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Domaine ALLERGIES ET INTOLÉRANCES ALIMENTAIRES

12.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des allergies?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 13.1, page 81

12.2) De quelles allergies s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Animaux
1.2 Aliments
1.3 Médicaments
1.4 Pollen
1.5 Métaux – Bijoux
1.6 Piqûres/morsures d'insectes
1.7 Latex
1.8 Autre
88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

Renvoi: Si AUTRE, allez à 12.3, sinon, allez à 13.1, la page 81.

12.3) Veuillez préciser de quel autre type d'allergie il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas



Domaine TUMEURS

13.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur maligne de n'importe quel type?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 14.1, page 90.

13.2) Quel type de cancer ou de tumeur maligne était-ce?

Instructions: Cocher le code de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous)

- 01 Sein
- 02 Côlon
- 03 Bronches et poumons
- 04 Foie
- 05 Prostate
- 06 Ovaires
- 07 Pancréas
- 08 Estomac
- 09 Oesophage
- 10 Larynx
- 11 Trachée
- 12 Rectum
- 13 Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau)
- 14 Col de l'utérus
- 15 Utérus
- 16 Reins
- 17 Vessie
- 18 Cerveau
- 19 Thyroïde
- 20 Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés)
- 21 Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié)
- 22 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 13.3, sinon, allez à 13.4, page 83.

13.3) Veuillez préciser de quel type de tumeur il s'agissait.

Instructions : Si "Autre", préciser

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas



**13.4) Quel âge aviez-vous lorsque le cancer a été diagnostiqué pour la première fois?
Ou en quelle année était-ce?**

_____ Âge

OU

_____Année (date)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

13.5) Avez-vous été traité(e) pour ce cancer?

0 Non

1 Oui

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 13.8, page 84.

13.6) Quel traitement avez-vous eu?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

1.1 Chimiothérapie

1.2 Radiothérapie

1.3 Chirurgie

1.4 Autre

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 13.7, sinon, allez à 13.8, page 84.

13.7) Veuillez préciser de quel autre type de traitement il s'agissait.

OUVERT _____

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sait pas

13.8) Si vous avez ensuite été atteint(e) d'un second cancer ou de tumeur maligne de n'importe quel type, de quel type était-ce?

Instructions: Cocher le code de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous)

- 77 Pas de second cancer
- 01 Sein
- 02 Côlon
- 03 Bronches et poumons
- 04 Foie
- 05 Prostate
- 06 Ovaires
- 07 Pancréas
- 08 Estomac
- 09 Oesophage
- 10 Larynx
- 11 Trachée
- 12 Rectum
- 13 Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau)
- 14 Col de l'utérus
- 15 Utérus
- 16 Reins
- 17 Vessie
- 18 Cerveau
- 19 Thyroïde
- 20 Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés)
- 21 Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié)
- 22 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si PAS DE SECOND CANCER, allez à 14.1, page 90, Si AUTRE allez à 13.9, sinon, allez à 13.10, page 85

13.9) Veuillez préciser de quel type de cancer il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

**13.10) Quel âge aviez-vous lorsque le cancer a été diagnostiqué pour la première fois?
Ou en quelle année était-ce?**

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

13.11) Avez-vous eu un traitement pour ce second cancer?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 13.14, page 87.

13.12) Quel traitement avez-vous eu?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Chimiothérapie
1.2 Radiothérapie
1.3 Chirurgie
1.4 Autre
88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 13.13, sinon, allez à 13.14, page 87



13.13) Veuillez préciser de quel autre type de traitement il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

13.14) Si vous avez ensuite été atteint(e) d'un troisième cancer ou de tumeur maligne de n'importe quel type, de quel type était-ce?

Instructions : Cochez le code de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous)

- 77 Pas de troisième cancer
- 01 Sein
- 02 Côlon
- 03 Bronches et poumons
- 04 Foie
- 05 Prostate
- 06 Ovaires
- 07 Pancréas
- 08 Estomac
- 09 Oesophage
- 10 Larynx
- 11 Trachée
- 12 Rectum
- 13 Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau)
- 14 Col de l'utérus
- 15 Utérus
- 16 Reins
- 17 Vessie
- 18 Cerveau
- 19 Thyroïde
- 20 Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés)
- 21 Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié)
- 22 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si PAS DE TROISIÈME CANCER, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 14.1, page 90, Si AUTRE, allez à 13.15, sinon, allez à 13.16, page 88.



13.15) Veuillez préciser de quel type de cancer il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

**13.16) Quel âge aviez-vous lorsque ce cancer a été diagnostiqué pour la première fois?
Ou en quelle année était-ce?**

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

13.17) Avez-vous été traité pour ce troisième cancer?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 14.1, page 90.

13.18 Quel traitement avez-vous eu?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Chimiothérapie
1.2 Radiothérapie
1.3 Chirurgie
1.4 Autre
88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 13.19, sinon, allez à 14.1, page 90.



13.19) Veuillez préciser de quel autre type de traitement il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

Domaine MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF

14.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie du foie comme une cirrhose ou une hépatite chronique?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 15, page 91.

14.2) De quelle maladie du foie s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Cirrhose
- 1.2 Hépatite chronique
- 1.3 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 14.3, sinon allez à 15, page 91.

14.3) Veuillez préciser de quel autre type de maladie de foie il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

15) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie de la vésicule biliaire, comme des calculs biliaires ou une cholécystite?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

16) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des problèmes d'estomac ou gastriques comme un ulcère à l'estomac ou un ulcère gastrique, ou un reflux d'acide gastrique?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

17) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez été infecté(e) par la bactérie Helicobacter pylori?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

18.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de problèmes intestinaux comme une maladie de Crohn, une colite ulcéreuse, le syndrome du côlon irritable, des polypes ou une maladie diverticulaire?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 19.1, page 93.

18.2) De quels problèmes intestinaux s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Maladie de Crohn
- 1.2 Colite ulcéreuse
- 1.3 Syndrome du côlon irritable
- 1.4 Ulcères intestinaux
- 1.5 Polypes
- 1.6 Maladies diverticulaires
- 1.7 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE allez à 18.3, sinon, allez à 19.1, page 93.

18.3) Veuillez préciser de quel autre type de maladie intestinale il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Domaine MALADIES DU SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE

19.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie des reins comme une insuffisance rénale, une infection rénale ou des calculs rénaux?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 20, page 95.

19.2) De quelle maladie des reins s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Insuffisance rénale
- 1.2 Infection rénale
- 1.3 Calculs rénaux
- 1.4 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

*Renvoi : Si INSUFFISANCE RÉNALE, allez à 19.4,
Si AUTRE, allez à 19.3,
Sinon, allez à 20, page 95*

19.3) Veuillez préciser de quel autre type de maladie rénale il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

19.4) S'agissait-il d'une insuffisance rénale de type :

- 1.1 Aiguë
- 1.2 Chronique
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : Une insuffisance rénale aiguë est une maladie temporaire et le rein, après guérison, est capable de fonctionner adéquatement. L'insuffisance rénale chronique est une diminution permanente de la fonction du rein qui s'aggrave souvent avec le temps et qui peut nécessiter une transplantation du rein ou un traitement de dialyse à long terme.

Renvoi : Si CHRONIQUE, allez à 19.5, Sinon, allez à 20, page 95.

19.5) Avez-vous eu une dialyse?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

19.6) Avez-vous eu une transplantation?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Domaine MALADIES DU SYSTÈME MUSCULOSQUELETTIQUE ET DU TISSU CONJONCTIF

20) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

21.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrite?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 22, page 96.

21.2) De quel type d'arthrite s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Polyarthrite rhumatoïde
- 1.2 Arthrose
- 1.3 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 21.3, sinon, allez à 22, page 96.

21.3) Veuillez préciser de quel autre type d'arthrite il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Domaine MALADIES AUTO-IMMUNES

22) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un lupus érythémateux systémique, souvent appelé maladie lupique ou «lupus»?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Domaine MALADIES DE LA PEAU OU DE L'HYPODERME

23.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de maladies de la peau comme l'eczéma ou le psoriasis?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 24.1, page 97.

23.2) De quelles maladies de la peau s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Eczéma
- 1.2 Psoriasis
- 1.3 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 23.3, sinon, allez à 24.1, page 97.

23.3) Veuillez spécifier de quel autre type de maladie de la peau il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Domaine MALADIES DES YEUX

24.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des problèmes des yeux comme un glaucome, une cataracte ou une dégénérescence maculaire?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 25.1, page 98.

24.2) De quel type de problèmes des yeux s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Glaucome
- 1.2 Cataracte
- 1.3 Dégénérescence maculaire
- 1.4 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 24.3, sinon, allez à 25.1, page 98.

24.3) Veuillez préciser de quel autre type de problème des yeux il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Domaine MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX ET TROUBLES MENTAUX OU DE COMPORTEMENT

25.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un trouble neurologique?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 26.1, page 99.

25.2) De quel type de trouble neurologique s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Maladie de Parkinson
- 1.2 Épilepsie
- 1.3 Migraines
- 1.4 Sclérose en plaques
- 1.5 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Si AUTRE, allez à 25.3, sinon, allez à 26.1, page 99.

25.3) Veuillez préciser de quel autre type de trouble neurologique il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

26.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez une dépression?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précisions : Une dépression est parfois appelée « burn-out ».

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 26.4.

26.2) De quel type de dépression s'agissait-il?

Instructions : Lisez toutes les options. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Dépression mineure ou burn-out
- 1.2 Dépression majeure unipolaire
- 1.3 Dépression majeure bipolaire
- 1.4 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Précision : Une dépression mineure est parfois appelée dépression légère. Une dépression unipolaire majeure est une dépression majeure qui n'est PAS une affection maniaco-dépressive ou une psychose maniaco-dépressive. La dépression bipolaire majeure est parfois appelée psychose maniaco-dépressive.

Renvoi : Si AUTRE, allez à 26.3.

26.3) Veuillez préciser de quel autre type de dépression il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

26.4) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de schizophrénie?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Domaine HISTOIRE INDIVIDUELLE DES BLESSURES

27.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez eu un os fracturé/cassé (OU des fractures de l'os) après l'âge de 40 ans?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 28.1, page 102.

27.2) Veuillez préciser quel os a été brisé ou fracturé

Instructions : Demandez quel os a été cassé. Plus d'une réponse est possible. Si la réponse du participant n'est pas suffisamment précise, demandez des précisions. Par exemple, si le participant répond « jambe », demandez s'il s'agit du tibia/péroné, du fémur ou d'un autre os.

Quel(s) os a (ont) été fracturé(s)?

- 1.1 Vertèbre
- 1.2 Sternum
- 1.3 Sacrum
- 1.4 Poignet
- 1.5 Avant-bras
- 1.6 Humérus
- 1.7 Omoplate
- 1.8 Clavicule
- 1.9 Côte(s)
- 1.10 Pied
- 1.11 Cheville
- 1.12 Tibia/ péroné
- 1.13 Fémur
- 1.14 Hanche
- 1.15 Bassin
- 1.16 Autre
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Précision : L'ordre de l'événement n'a pas d'importance.

Renvoi : Si AUTRE, allez à 27.3, sinon, allez à 28.1, page 102.



27.3) Veuillez préciser de quel autre os il s'agissait.

OUVERT _____

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

28.1) Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique qui n'a pas été abordée dans les questions précédentes?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine HISTOIRE DU POIDS CORPOREL, page 105.

28.2) De quel autre maladie chronique s'agissait-il?

OUVERT _____

- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

28.3) Quel âge aviez-vous lorsque cette maladie a été diagnostiquée pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
- 9999 Ne sait pas

28.4) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour cette maladie?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

29.1) Si vous avez eu une autre maladie chronique qui n'a pas été abordée dans les questions précédentes, de quoi s'agissait-il?

OUVERT _____

- 0 Pas de deuxième maladie majeure
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si PAS DE DEUXIÈME MALADIE MAJEURE ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine HISTOIRE DU POIDS CORPOREL, page 105.

29.2) Quel âge aviez-vous lorsque cette maladie a été diagnostiquée pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

29.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour cette maladie?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

30.1) Si vous avez eu une autre maladie chronique qui n'a pas été abordée dans les questions précédentes, de quoi s'agissait-il?

OUVERT _____

- 0 Pas de troisième maladie majeure
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si PAS DE TROISIÈME MALADIE MAJEURE ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine HISTOIRE DU POIDS CORPOREL, page 105.

30.2) Quel âge aviez-vous lorsque cette maladie a été diagnostiquée pour la première fois? Ou en quelle année était-ce?

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

30.3) Suivez-vous actuellement un traitement médical pour cette maladie?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Domaine HISTOIRE DU POIDS CORPOREL

1) Pensez à votre aspect physique lorsque vous étiez un ENFANT à l'âge de 10 ans à peu près et comparez-vous avec d'autres enfants de votre âge. Lorsque vous étiez un enfant, étiez-vous...?

Instructions : Lisez toutes les options.

- 1 Beaucoup plus mince que les enfants de votre âge
- 2 Plus mince que les autres enfants de votre âge
- 3 Semblable aux autres enfants de votre âge
- 4 Plus gros que les autres enfants de votre âge
- 5 Beaucoup plus gros que les autres enfants de votre âge
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Maintenant, pensez à votre aspect physique d'ADULTE.

2) Combien pesiez-vous approximativement lorsque vous aviez 20 ans?

___ livres

OU

___ kilos

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

3) Combien pesiez-vous approximativement lorsque vous aviez 40 ans?

___ livres

OU

___ kilos

- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

SECTION G : SYSTÈME DE SOINS MÉDICAUX

Domaine OPÉRATIONS CHIRURGICALES MAJEURES

1.1) Avez-vous subi une ou plusieurs opérations chirurgicales majeures?

Instructions : Les participants peuvent choisir de vous donner tout leur historique des opérations subies, ce qui est compréhensible puisque l'expression « opération majeure » peut être interprétée différemment par différentes personnes. Il est préférable de tout inclure et de tenir compte de toutes les opérations mentionnées, mais c'est votre choix d'omettre la recherche de détails additionnels concernant les opérations mineures d'une importance limitée comme l'ablation d'un kyste sébacé.

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et HOMME allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et FEMME au domaine ABLATION DES OVAIRES, page 111.

1.2) De quel type d'opération chirurgicale majeure s'agissait-il?

Instructions : Après chaque opération demandez au participant s'il a subi une autre opération.

OUVERT Opération majeure 1_____

- 8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

1.3) À quel âge ou en quelle année vous a-t-on opéré(e)?

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

2.1) Avez-vous subi une autre opération chirurgicale majeure?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et HOMME allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et FEMME au domaine ABLATION DES OVAIRES, page 111.

2.2) De quel type d'opération chirurgicale majeure s'agissait-il?

Instructions : Après chaque opération demandez au participant s'il a subi une autre opération

OUVERT Opération majeure 2_____

- 8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

2.3) À quel âge ou en quelle année vous a-t-on opéré(e)?

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas



3.1) Avez-vous subi une autre opération chirurgicale majeure?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et HOMME allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et FEMME au domaine ABLATION DES OVAIRES, page 111.

3.1) De quel type d'opération chirurgicale majeure s'agissait-il?

Instructions : Après chaque opération demandez au participant s'il a subi une autre opération.

OUVERT Opération majeure 3_____

- 8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

3.2) À quel âge ou en quelle année vous a-t-on opéré(e)?

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

4.1) Avez-vous subi une autre opération chirurgicale majeure?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et HOMME allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et FEMME au domaine ABLATION DES OVAIRES, page 111.

4.2) De quel type d'opération chirurgicale majeure s'agissait-il?

Instructions : Après chaque opération demandez au participant s'il a subi une autre opération.

OUVERT Opération majeure 4_____

- 8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

4.3) À quel âge ou en quelle année vous a-t-on opéré(e)?

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

5.1) Avez-vous subi une autre opération chirurgicale majeure?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et HOMME allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et FEMME allez au domaine au domaine ABLATION DES OVAIRES, page 111.

5.2) De quel type d'opération chirurgicale majeure s'agissait-il?

Instructions : Après chaque opération demandez au participant s'il a subi une autre opération.

OUVERT Opération majeure 5_____

- 8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

5.3) À quel âge ou en quelle année vous a-t-on opéré (e)?

_____ Âge

OU

_____ Année (date)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

Domaine ABLATION DES OVAIRES

6.1) Si femme, avez-vous subi l'ablation d'un ou des deux ovaires?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi: Si NON, allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

6.2) Premièrement, avez-vous subi l'ablation d'un seul ou des deux ovaires?

- 0 Un
- 1 Les deux
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si UN, allez à 6. 4, Si LES DEUX, allez à 6.3 Sinon, allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

6.3) Avez-vous subi l'ablation des deux ovaires en même temps?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, allez à 6.4, sinon, allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

6.4) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi l'ablation du premier (ou des deux) ovaire(s)? Ou en quelle année vous a-t-on enlevé le premier (ou les deux) ovaire(s)?

_____ Âge à la (première) ablation d'ovaire

OU

_____ Date de (la première) ablation d'ovaire (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

Renvoi : Si LES DEUX ovaires ont été enlevés et qu'ils n'ont PAS été enlevés en même temps allez à 6.5, sinon, allez au domaine TESTS DE DÉPISTAGE, page 113.

6.5) Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi l'ablation du second ovaire? Ou en quelle année vous a-t-on enlevé le second ovaire?

_____ Âge à l'ablation du second ovaire

OU

_____ Date de l'ablation du second ovaire (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

Domaine TESTS DE DÉPISTAGE

Renvoi : S'il s'agit d'un homme, allez à 3.1, page 115.

1.1) Avez-vous déjà eu une mammographie?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : Une mammographie est effectuée à l'aide d'un appareil emprisonnant et compressant la poitrine, qui est exposée aux rayons X dans le but de dépister le cancer du sein.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 2.1.

1.2) Quand avez-vous eu une mammographie pour la dernière fois?

Instructions : Lisez toutes les catégories.

- 1 Il y a moins de 6 mois
- 2 6 mois à moins d'un an
- 3 1 an à moins de 2 ans
- 4 2 ans à moins de 3 ans
- 5 3 ans et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

2.1) Avez-vous déjà eu un test de Pap?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : L'acte médical appelé Pap test consiste à examiner au microscope des cellules du col de l'utérus obtenues par frottis. Le but est, entre autres, de dépister le cancer du col.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 4.1, page 115



2.2) Quand avez-vous eu pour la dernière fois un test de Pap?

Instructions : Lisez toutes les catégories.

- 1 Il y a moins de 6 mois
- 2 6 mois à moins d'un an
- 3 1 an à moins de 2 ans
- 4 2 ans à moins de 3 ans
- 5 3 ans et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

Renvoi : Allez à 4.1, page 115

3.1) Avez-vous déjà eu un test sanguin pour le dépistage du cancer de la prostate, c'est-à-dire un test de dosage sanguin de l'APS?

Instructions : **Si homme**

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : Un test APS est un test sanguin spécifique prescrit par un médecin pour dépister le cancer de la prostate.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 4.1.

3.2) Quand avez-vous eu un test de dosage sanguin de APS pour la dernière fois?

Instructions : **Si homme**. Lisez toutes les catégories.

- 1 Il y a moins de 6 mois
- 2 6 mois à moins d'un an
- 3 1 an à moins de 2 ans
- 4 2 ans à moins de 3 ans
- 5 3 ans et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

4.1) Avez-vous déjà eu un test de recherche de sang occulte dans les selles ou un test RSOS?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : Un test RSOS consiste à rechercher du sang occulte dans les selles en utilisant un bâtonnet que vous frottez ensuite sur une carte spéciale. Ce procédé est généralement réalisé chez vous pendant trois jours consécutifs.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 5.1, page 116.

4.2) Quand avez-vous eu un test RSOS pour la dernière fois?

Instructions : Lisez toutes les catégories.

- 1 Il y a moins de 6 mois
- 2 6 mois à moins d'un an
- 3 1 an à moins de 2 ans
- 4 2 ans à moins de 3 ans
- 5 3 ans et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

5.1) Avez-vous déjà eu une sigmoïdoscopie ou une colonoscopie?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : Il s'agit de tests consistant à insérer un tube dans le rectum pour examiner visuellement l'intestin dans le but de déceler des signes précoces de cancer ou d'autres problèmes de santé.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 6, page 117.

5.2) Quand avez-vous eu une sigmoïdoscopie ou une colonoscopie pour la dernière fois?

Instructions : Lisez toutes les catégories.

- 1 Il y a moins de 6 mois
- 2 6 mois à moins d'un an
- 3 1 an à moins de 2 ans
- 4 2 ans à moins de 3 ans
- 5 3 ans et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

6) Quand avez-vous vu pour la dernière fois un professionnel des soins dentaires, incluant un dentiste ou un hygiéniste dentaire?

Instructions : Lisez toutes les catégories.

- 0 Jamais
- 1 Il y a moins de 6 mois
- 2 6 mois à moins d'un an
- 3 1 an à moins de 2 ans
- 4 2 ans à moins de 3 ans
- 5 3 ans et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

7) Avez-vous eu un examen médical de routine fait par un médecin ou une infirmière?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : Un examen médical de routine est un examen physique.

Renvoi : Si NON, allez au domaine MÉDICAMENTS PRESCRITS, page 118.

8) Quand avez-vous eu pour la dernière fois un examen médical de routine?

Instructions: lisez toutes les catégories.

- 0 Jamais
- 1 Il y a moins de 6 mois
- 2 6 mois à moins d'un an
- 3 1 an à moins de 2 ans
- 4 2 ans à moins de 3 ans
- 5 3 ans et plus
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas



SECTION H : MÉDICAMENTS

Domaine MÉDICAMENTS PRESCRITS

Maintenant, je voudrais connaître le nom de tous les médicaments qui vous ont été prescrits sur ordonnance et que vous prenez actuellement.

1) Actuellement, prenez-vous des médicaments sur ordonnance?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : Tous les médicaments, y compris les contraceptifs hormonaux et les autres hormonothérapies.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine AUTRES PRODUITS, page 121.

2) Pourriez-vous, s'il vous plaît, me donner toutes les bouteilles et tous les récipients de médicaments qui vous sont prescrits pour que je puisse noter les informations les concernant?

Instructions :

Si on vous donne les bouteilles et récipients, écrivez le nom du médicament. Pour chaque médicament, précisez la source d'information sans la demander au participant. Pour chaque médicament prescrit, répétez les questions.

Si on ne vous donne pas les bouteilles et récipients, demandez au participant et répétez les questions pour chaque médicament prescrit. Entre chaque série de questions, demandez au participant s'il prend d'autres médicaments prescrits. Pour chaque médicament, précisez la source d'information sans la demander au participant. Après chaque médicament, demandez au participant s'il prend un autre médicament

Liste des médicaments	Quel est le nom du médicament?			Quelle est la source d'information?			Quelle est la dernière fois que vous avez pris de médicament au cours des 3 derniers jours?		
Médicament 1	_____			0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
4							<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament	
Médicament 2	_____			0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
4							<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament	
Médicament 3	_____			0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
4							<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament	
Médicament 4	_____			0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
4							<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament	

Médicament 5	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
							4	<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament
Médicament 6	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
							4	<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament
Médicament 7	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
							4	<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament
Médicament 8	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
							4	<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament
Médicament 9	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
							4	<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament
Médicament 10	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	1	<input type="checkbox"/>	Aujourd'hui : _____ HH:MM)	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste	2	<input type="checkbox"/>	Hier : _____ HH:MM)
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant	3	<input type="checkbox"/>	Avant hier : _____ HH:MM)
							4	<input type="checkbox"/>	N'a pas pris ce médicament



Domaine AUTRES PRODUITS

1) Y a-t-il d'autres comprimés, médicaments ou produits de santé que vous prenez presque chaque jour, mais qui ne sont pas prescrits par votre médecin?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, et FEMME allez au domaine MENSTRUATIONS, page 124; et HOMME, allez au domaine REPRODUCTION CHEZ L'HOMME, page 131.

2) Pourriez-vous, s'il vous plaît, me donner toutes les bouteilles et récipients de tous les comprimés, médicaments ou produits de santé que vous prenez presque chaque jour, mais qui ne sont pas prescrits par votre médecin? Si vous n'avez pas apporté les bouteilles et contenants, disposez-vous de la liste de ces derniers que je pourrais avoir?

Instructions :

Si on vous donne les bouteilles et récipients ou la liste, écrivez le nom du produit. Pour chaque produit, précisez la source d'information sans la demander au participant. Pour chaque produit, répétez les questions.

Si on ne vous donne pas les bouteilles et récipients ou la liste, demandez au participant et répéter les questions pour chaque produit. Entre chaque série de questions, demandez au participant s'il prend d'autres produits. Pour chaque produit, précisez la source d'information sans la demander au participant.

Liste des produits	Quel est le nom du produit?		Quelle est la source d'information?		
Produit 1	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage
	88	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
			9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
Produit 2	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage
	88	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
			9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
Produit 3	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage
	88	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
			9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
Produit 4	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage
	88	<input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
			9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

Produit 5	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
				9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
Produit 6	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
				9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
Produit 7	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
				9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
Produit 8	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
				9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
Produit 9	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
				9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
Produit 10	_____		0	<input type="checkbox"/>	Obtenu de l'emballage	
	88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	1	<input type="checkbox"/>	Obtenu de la liste
	99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	2	<input type="checkbox"/>	Indiqué par le participant
				9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas



SECTION I : SANTÉ DE LA FEMME ET DE L'HOMME

Domaine MENSTRUATIONS

Voici quelques questions au sujet de la santé de la femme et des hommes.

Renvoi : Si HOMME, allez au domaine REPRODUCTION CHEZ L'HOMME, page 131.

1) À quel âge vos menstruations ont-elles débuté? Ou en quelle année ont-elles débuté?

____ Âge aux premières menstruations

OU

_____ Date des premières menstruations (année)

- 7777 Jamais eu de menstruations
8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

Domaine CONTRACEPTIFS HORMONAUX

1) Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs hormonaux pour une quelconque raison?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Précision : Les contraceptifs hormonaux comprennent les pilules, les implants, les injections, les anneaux et les dispositifs de libération Intra-utérins d'hormones.

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine REPRODUCTION – ALLAITEMENT, page 126.

2) Au total, pendant combien d'années avez-vous utilisé ou utilisez-vous des contraceptifs hormonaux?

____ Années d'utilisation de contraceptifs hormonaux

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

3) Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux? Ou en quelle année était-ce?

____ Âge au début de l'utilisation des contraceptifs hormonaux

OU

____ Date de début d'utilisation des contraceptifs hormonaux (année)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

Domaine REPRODUCTION – ALLAITEMENT

1.0) Combien de fois avez-vous été enceinte, y compris les naissances vivantes, les mortinaissances, les fausses couches et les avortements?

____ Grossesses

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

Précision : Une mortinaissance est la naissance d'un fœtus qui n'est plus vivant après une grossesse d'au moins 20 semaines ou un poids à la naissance d'au moins 500 grammes si la date de début de la grossesse n'est pas connue.

Renvoi : Si "0" ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 3.1, page 128.

1.1) Combien de ces grossesses ont été à 20 semaines ou plus?

____ Grossesses d'au moins 20 semaines

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

Précision: S'il vous plaît inclure mort-nés et/ou de naissances vivantes vous jamais eu. Mort-né est une naissance d'un fœtus mort après une grossesse d'au moins 20 semaines ou un poids à la naissance d'au moins 500 grammes si l'âge gestationnel est inconnu.

1.2) Combien de naissances vivantes avez-vous eues?

____ Naissances vivantes

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

1.3.) Combien de mortinaissances avez-vous eu?

____Mortinaissances

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sait pas

Précision : Une mortinaissance est la naissance d'un foetus qui n'est plus vivant après une grossesse d'au moins 20 semaines ou un poids à la naissance d'au moins 500 grammes si la date de début de la grossesse n'est pas connue.

1.4) À quel âge êtes-vous tombée enceinte pour la première fois? Ou en quelle année est-ce arrivé?

____Âge à la première grossesse

OU

____Date de la première grossesse (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

1.5) Si vous êtes tombée enceinte plus d'une fois, quel âge aviez-vous à votre dernière grossesse? Ou en quelle année est-ce arrivé?

____Âge à la dernière grossesse

OU

____Date à la dernière grossesse (année)

8888 Préfère ne pas répondre

9999 Ne sait pas

2.1) Avez-vous allaité au moins un de vos enfants?

0 Non

1 Oui

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 3.1, page 128.

2.2) Au total, pendant combien de mois avez-vous allaité vos enfants?

___ Mois d'allaitement

888 Préfère ne pas répondre

999 Ne sait pas

Précision : Additionnez toutes les périodes pendant lesquelles vous avez allaité vos différents enfants.

3.1) Avez-vous déjà suivi un traitement hormonal de fertilité pour vous aider à tomber enceinte?

0 Non

1 Oui

8 Préfère ne pas répondre

9 Ne sait pas

Domaine MÉNOPAUSE

1) Avez-vous eu votre ménopause, c'est-à-dire est-ce que vos menstruations ont cessé depuis au moins un an et n'ont pas recommencé?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine HORMONOTHÉRAPIE SUBSTITUTIVE, page 130.

2) À quel âge vos menstruations ont-elles cessé durant au moins une période d'un an et n'ont pas recommencé? Ou en quelle année est-ce arrivé?

_____ Âge aux dernières menstruations

OU

_____ Date aux dernières menstruations (année)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

Domaine HORMONOTHÉRAPIE SUBSTITUTIVE

1) Avez-vous déjà eu recours à une hormonothérapie substitutive, parfois appelée THS?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Précision : Une hormonothérapie substitutive inclut des traitements d'œstrogène et/ou de progestérone. Cela inclut aussi toutes les formes de patch, crème et autres formes topiques. Les traitements hormonaux pour les problèmes de thyroïde n'y sont pas inclus.

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à la section HISTOIRE FAMILIALE DES MALADIES, page 132.

2) Au total, pendant combien d'années avez-vous utilisé ou depuis combien d'années utilisez-vous une hormonothérapie substitutive?

____ Nombre d'années

- 88 Préfère ne pas répondre
99 Ne sait pas

3) À quel âge avez-vous commencé à utiliser une hormonothérapie substitutive? Ou en quelle année était-ce?

____ Âge au début de l'hormonothérapie substitutive

OU

_____ Date du début de l'hormonothérapie substitutive (année)

- 8888 Préfère ne pas répondre
9999 Ne sait pas

Renvoi : Allez à la section HISTOIRE FAMILIALE DES MALADIES, page 132.



Domaine REPRODUCTION CHEZ L'HOMME

** Uniquement à l'attention des **hommes***

1) De combien d'enfants vous êtes-vous le père?

____ Enfants conçus

88 Préfère ne pas répondre

99 Ne sait pas

SECTION J : HISTOIRE FAMILIALE DES MALADIES

Nous voulons vérifier si certaines maladies sont particulièrement fréquentes dans votre famille biologique. Nous voudrions donc vous poser quelques questions qui nous aideront à établir l'historique de vos maladies familiales. Nous nous intéresserons **SEULEMENT** aux membres immédiats de votre famille biologique. Seuls nous intéressent votre mère, votre père, tout enfant biologique, vos frères et sœurs et vos demi-frères et demi-sœurs. Notre questionnaire ne concerne **PAS** les parents par alliance, les beaux-frères et belles-sœurs, les parents ou frères et sœurs par adoption, les enfants de votre conjoint ou tout enfant que vous pourriez avoir adopté vous-même.

0.1) Disposez-vous d'informations concernant la santé de votre famille biologique immédiate?

Instructions : Si le participant répond «PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE» ou «NE SAIT PAS» à cette question, l'interviewer doit expliquer que cela signifie qu'aucune des questions concernant l'histoire de la famille biologique ne sera posée.

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à la section REMERCIEMENTS, page 161.



Domaine TUMEURS

1) Est-ce qu'un médecin a déjà dit à un membre de votre famille biologique immédiate, incluant votre mère, votre père, vos frères et sœurs ou vos enfants, qu'il avait un cancer ou une tumeur maligne de n'importe quel type?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez au domaine AUTRES MALADIES, page 149.

2) À quel membre de votre famille biologique immédiate un médecin a-t-il déjà dit qu'il (ou elle) avait un cancer ou une tumeur maligne de n'importe quel type ?

Instructions : Lisez toutes les catégories. Plus d'une réponse est possible.

1.1	Votre mère	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.2	Votre père	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.3	Un frère ou une sœur	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS DE FRÈRES ET SOEURS, allez à 1.4.</i>				
1.3.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre de frères et sœurs		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.4	Un de vos enfants	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS D'ENFANTS, allez à 3.</i>				
1.4.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre d'enfants		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

3.1) Veuillez préciser ...

Instructions: Si la mère a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre mère quel type de cancer a été diagnostiqué – si elle en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre mère a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer	
Mère	<i>Instruction : Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous)</i>		<i>Instruction : Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10</i>	
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	____ Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas			Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas

3.2) Veuillez préciser ...

Instructions: Si le père a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre père quel type de cancer a été diagnostiqué – si il en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?		B) À quel âge votre mère a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer
Père	<i>Instruction : Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>		_____ Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	<i>Instruction : Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifiés; leucémie de type cellulaire non spécifiés) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas			Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas

Nous allons parler de chaque frère et sœur ayant eu un cancer.

4.1) Veuillez préciser ...

Instructions: Les frères et sœurs sont numérotés en ordre ascendant à partir de 1. Le frère et la sœur (la) plus âgé(e) a le numéro 1. Si la réponse est « Oui » à la question A, posez alors les questions B et C. Si le frère ou la sœur 1 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer		
Frère ou sœur 1	<i>Instruction : Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>	_____ Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	<i>Instruction : Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas </td> </tr> </table>		01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde		20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		
Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas				

4.2) Veuillez préciser ...

Instructions: Si le frère ou la sœur 2 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer		
Frère ou sœur 2	<i>Instruction : Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>	_____ Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	<i>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas </td> </tr> </table>		01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde		20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		
Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas				

4.3) Veuillez préciser ...

Instructions: Si le frère ou la sœur 3 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer	
Frère ou sœur 3	<i>Instruction : Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>		<i>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>	
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	_____ Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas			Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas

4.4) Veuillez préciser ...

Instructions: Si le frère ou la sœur 4 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer
Frère ou sœur 4	<p>Instruction : Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</p>		<p>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</p>
	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde </td> <td style="vertical-align: top;"> 20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas </td> </tr> </table>		01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde
01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		
	<p>Si AUTRE, précisez le type de cancer</p> <p>OUVERT _____</p> <p>88= Préfère ne pas répondre</p> <p>99= Ne sait pas</p>		<p>Si AUTRE, précisez le type de cancer</p> <p>OUVERT _____</p> <p>_____</p> <p>88= Préfère ne pas répondre</p> <p>99= Ne sa t pas</p>

4.5) Veuillez préciser ...

Instructions: Si le frère ou la sœur 5 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer		
Frère ou sœur 5	<i>Instruction: Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>	_____ Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	<i>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas </td> </tr> </table>		01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde		20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		
Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas				

4.6) Veuillez préciser ...

Instructions: Si le frère ou la sœur 6 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer	
Frère ou sœur 6	<i>Instruction: Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>		<i>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10</i>	
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	____ Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas			Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas

Nous allons parler de chacun de vos enfants ayant eu un cancer.

4.7) Veuillez préciser ...

Instructions: Les enfants sont numérotés en ordre ascendant à partir de 1. L'enfant le plus âgé a le numéro 1. Si la réponse est « Oui » à la question A, posez alors les questions B et C. Si l'enfant 1 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer	
Enfant 1	<i>Instruction: Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>		<i>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>	
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	__Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas			Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas

4.9) Veuillez préciser ...

Instructions: Si l'enfant 3 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer	
Enfant 3	<i>Instruction: Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>		<i>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>	
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	__ Âge 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas			Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas

4.10) Veuillez préciser ...

Instructions: Si l'enfant 4 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer		
Enfant 4	<p>Instruction: Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</p>	<p>__Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas</p>	<p>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</p>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas </td> </tr> </table>		01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	<p>0= Pas de cancer</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas</p>
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde		20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		
<p>Si AUTRE, précisez le type de cancer</p> <p>OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas</p>	<p>Si AUTRE, précisez le type de cancer</p> <p>OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas</p>				

4.11) Veuillez préciser ...

Instructions: Si l'enfant 5 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer		
Enfant 5	<i>Instruction: Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>	____ Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	<i>Instruction: Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas </td> </tr> </table>		01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	0= Pas de cancer _____ _____ _____ _____ 22= Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas
	01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde		20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		
Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas				

4.12) Veuillez préciser ...

Instructions: Si l'enfant 6 a eu un cancer, Indiquez

	A) Pour votre [nom du parent] quel type de cancer a été diagnostiqué – si [il/elle] en avait plusieurs, dites-moi le premier type de cancer diagnostiqué?	B) À quel âge votre [nom du parent] a reçu un diagnostic de cancer?	C) Ce parent a-t-il eu un autre type de cancer? Indiquez tous les types de cancer
Enfant 6	<i>Instruction: Indiquez le code du premier type de cancer à partir de la liste ICD-10 (ci-dessous).</i>	___Âge 888= Préfère ne pas répondre 999= Ne sait pas	<i>Instruction : Indiquez les codes de tous les autres types de cancer à partir de la liste ID-10.</i>
	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde </td> <td style="vertical-align: top;"> 20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas </td> </tr> </table>		01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde
01= Sein 02= Côlon 03= Bronches et poumons 04= Foie 05= Prostate 06= Ovaires 07= Pancréas 08= Estomac 09= Oesophage 10= Larynx 11= Trachée 12= Rectum 13= Peau (incluant le mélanome malin; autres tumeurs malignes de la peau) 14= Col de l'utérus 15= Utérus 16= Reins 17= Vessie 18= Cerveau 19= Thyroïde	20= Lymphome malin non hodgkinien (y compris le lymphome non hodgkinien folliculaire [nodulaire]; lymphome non hodgkinien diffus; lymphome T périphérique et cutané; autres types de lymphomes non hodgkiniens non spécifiés) 21= Leucémie (y compris leucémie lymphoïde; leucémie myéloïde; leucémie monocytique; autres leucémies de type cellulaire spécifié; leucémie de type cellulaire non spécifié) 22 = Autre 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		
	Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sait pas		Si AUTRE, précisez le type de cancer OUVERT _____ 88= Préfère ne pas répondre 99= Ne sa t pas

Domaine AUTRES MALADIES

5.1) Un médecin a-t-il déjà dit à un membre de votre famille biologique immédiate qu'il souffrait de pression sanguine élevée ou d'hypertension artérielle?

- 0 Non
 1 Oui
 8 Préfère ne pas répondre
 9 Ne sait pas

Précision : Les membres de votre famille biologique immédiate comprennent votre mère, votre père, vos frères et sœurs et vos enfants.

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 6.1, page 150.

5.2) À quel membre de votre famille biologique immédiate un médecin a-t-il déjà dit qu'il souffrait de pression sanguine élevée ou d'hypertension artérielle?

Instructions : Lisez toutes les catégories. Plus d'une réponse est possible.

1.1	Votre mère	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.2	Votre père	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.3	Un frère ou une sœur	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS DE FRÈRES ET SOEURS, allez à 1.4.</i>				
1.3.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre de frères et sœurs		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.4	Un de vos enfants	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS D'ENFANTS, allez à 6.1.</i>				
1.4.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre d'enfants		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

6.1) Un médecin a-t-il déjà dit à un membre de votre famille biologique immédiate qu'il avait eu un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque?

- 0 Non
 1 Oui
 8 Préfère ne pas répondre
 8 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 7.1, page 151.

6.2) À quel membre de votre famille biologique immédiate un médecin a-t-il dit qu'il avait eu un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque?

Instructions : Lisez toutes les catégories. Plus d'une réponse est possible.

1.1	Votre mère	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.2	Votre père	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.3	Un frère ou une sœur	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS DE FRÈRES ET SOEURS, allez à 1.4.</i>				
1.3 .1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre de frères et sœurs		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.4	Un de vos enfants	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS D'ENFANTS, allez à 7.1.</i>				
1.4 .1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre d'enfants		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

7.1) Un médecin a-t-il déjà dit à un membre de votre famille biologique directe qu'il avait eu un accident vasculaire cérébral?

- 0 Non
 1 Oui
 8 Préfère ne pas répondre
 9 Ne sait pas

Précision : Un accident vasculaire cérébral entraîne la mort d'un certain nombre de cellules du cerveau en raison du manque d'oxygène lorsque l'irrigation sanguine du cerveau est altérée par le blocage ou la rupture d'une artère. Un accident vasculaire cérébral est parfois appelé accident vasculaire d'origine cérébrale ou AVC.

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 8.1, page 152.

7.2) À quel membre de votre famille biologique immédiate un médecin a-t-il dit qu'il avait eu un accident vasculaire cérébral?

Instructions : Lisez toutes les catégories. Plus d'une réponse est possible.

1.1	Votre mère	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.2	Votre père	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.3	Un frère ou une sœur	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS DE FRÈRES ET SOEURS, allez à 1.4.</i>				
1.3.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre de frères et sœurs		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.4	Un de vos enfants	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS D'ENFANTS, allez à 8.1.</i>				
1.4.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre d'enfants		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

8.1) Un médecin a-t-il déjà dit à un membre de votre famille biologique immédiate qu'il avait le diabète?

- 0 Non
 1 Oui
 8 Préfère ne pas répondre
 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 9.1, page 153.

8.2) À quel membre de votre famille biologique immédiate un médecin a-t-il dit qu'il avait du diabète?

Instructions : Lisez toutes les catégories. Plus d'une réponse est possible.

1.1	Votre mère	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.2	Votre père	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.3	Un frère ou une sœur	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS DE FRÈRES ET SOEURS, allez à 1.4.</i>				
1.3.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre de frères et sœurs		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.4	Un de vos enfants	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS D'ENFANTS, allez à 9.1.</i>				
1.4.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre d'enfants		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

9.1) Un médecin a-t-il déjà dit à un membre de votre famille biologique immédiate qu'il avait une maladie pulmonaire obstructive chronique, parfois appelée MPOC, terme qui englobe un certain nombre de maladies respiratoires chroniques, incluant l'emphysème et la bronchite chronique?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Précision : La bronchite chronique est une forme de bronchopneumopathie chronique obstructive. La bronchite chronique est caractérisée par une toux quotidienne avec production de crachats pendant au moins trois mois de l'année, pendant au moins deux années consécutives en l'absence de toute autre maladie respiratoire.

Renvoi : Si NON ou PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 10, page 155

9.2) À quel membre de votre famille biologique immédiate un médecin a-t-il dit qu'il souffrait de maladie pulmonaire obstructive chronique?

Instructions : Lisez toutes les catégories. Plus d'une réponse est possible.

1.1	Votre mère	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.2	Votre père	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.3	Un frère ou une sœur	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
		<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS DE FRÈRES ET SOEURS, allez à 1.4</i>		
1.3.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre de frères et sœurs		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.4	Un de vos enfants	0	<input type="checkbox"/>	Non
		1	<input type="checkbox"/>	Oui
		8	<input type="checkbox"/>	Préfère n pas répondre
		9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
		<i>Renvoi : Si NON, ou N'A PAS D'ENFANTS, allez à 10</i>		
1.4.1	Combien d'entre eux?	_____ Nombre d'enfants		
		88	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
		99	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

10) Un médecin a-t-il déjà dit à un membre de votre famille biologique immédiate qu'il a eu l'un des problèmes de santé suivants?

Instructions : Lisez toutes les catégories. Plus d'une réponse est possible.

- 1.1 Asthme
- 1.2 Dépression
- 1.3 Démence
- 1.4 Schizophrénie
- 1.5 Polypose, parfois appelée polypes coliques ou polyposis coli
- 88 Préfère ne pas répondre
- 99 Ne sait pas

11.1) Est-ce qu'un médecin vous a dit qu'il y a des problèmes de santé héréditaires graves dans votre famille?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 14.1, page 156.

11.2) Quel est le problème de santé héréditaire grave présent dans votre famille?

OUVERT _____

- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

12.1) Est-ce qu'un médecin vous a dit qu'il y a d'autres problèmes de santé héréditaires graves dans votre famille?

- 0 Non
- 1 Oui
- 8 Préfère ne pas répondre
- 9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 14.1, page 156.

12.2) Quel est la seconde maladie grave présente dans votre famille?

OUVERT _____

- 8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

13.1) Est-ce qu'un médecin vous a dit qu'il y a d'autres problèmes de santé héréditaires graves dans votre famille?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à 14.1.

13.2) Quel est la troisième maladie grave présente dans votre famille?

OUVERT _____

- 8 Préfère ne pas répondre
9 Ne sait pas

14.1) Est-ce qu'un membre de votre famille biologique immédiate, soit votre mère, votre père, vos frères et sœurs ou vos enfants, est décédé?

- 0 Non
1 Oui
8 Préfère ne pas
répondre
9 Ne sait pas

Renvoi : Si NON, PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ou NE SAIT PAS, allez à la section REMERCIEMENTS, page 161.

Finalement, nous allons vous poser des questions sur les membres de votre famille biologique immédiate qui sont décédés.

Instructions : Les frères et sœurs et les enfants sont numérotés en ordre ascendant à partir de 1. Les frères et sœurs les plus âgés et les plus âgés des enfants portent le numéro 1. Si la réponse est « OUI » à la question A, posez alors les questions B et C. Répétez les questions pour tous les membres de la famille biologique directe qui sont décédés.

14.2) Veuillez préciser ...

Instructions : Si votre mère est décédée, Indiquez

	A) Est-ce que votre mère vit encore?			B) À quel âge votre mère est-elle morte?			C) Quelle était la cause du décès de votre mère?		
1.1 Mère	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____ Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

Précision : Souvent, la cause précise du décès de quelqu'un peut être incertaine. À moins que vous soyez certain de la cause du décès, vous pouvez parfaitement dire que vous ne connaissez pas la cause de son décès.

14.3) Veuillez préciser ...

Instructions : Si votre père est décédé, Indiquez

	A) Est-ce que votre père vit encore?			B) À quel âge votre père est-il mort?			C) Quelle était la cause du décès de votre père?		
1.2 Père	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____ Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

Précision : Souvent, la cause précise du décès de quelqu'un peut être incertaine. À moins que vous soyez certain de la cause du décès, vous pouvez parfaitement dire que vous ne connaissez pas la cause de son décès.

14.4) Veuillez préciser ...

Instructions : Si un de vos frères et/ou sœurs est décédé, Indiquez

	A) Est-ce que votre [membre de votre famille] vit encore?			B) À quel âge ce membre de votre famille immédiate est-il mort?			C) Quelle était la cause du décès de ce membre de votre famille immédiate?		
1.3 Frère ou sœur 1	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____ Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.4 Frère ou sœur 2	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____ Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.5 Frère ou sœur 3	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____ Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.6 Frère ou sœur 4	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____ Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

1.7 Frère ou soeur 5	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____ Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.8 Frère ou soeur 6	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____ Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas

14.5) Veuillez préciser ...

Instructions : Si au moins un de vos enfants est décédé, Indiquez

	A) Est-ce que votre [membre de votre famille] vit encore?			B) À quel âge ce membre de votre famille immédiate est-il mort?			C) Quelle était la cause du décès de ce membre de votre famille immédiate?		
1.9 Enfant 1	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.10 Enfant 2	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.11 Enfant 3	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.12 Enfant 4	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.13 Enfant 5	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas
1.15 Enfant 6	0	<input type="checkbox"/>	Non	_____Âge au décès			OUVERT _____ _____		
	1	<input type="checkbox"/>	Oui						
	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	888	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre	8	<input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre
	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	999	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas	9	<input type="checkbox"/>	Ne sait pas



REMERCIEMENTS

Nous vous remercions d'avoir rempli cette dernière partie du questionnaire.

HEURE DE FIN

— — — —
HEURES MINUTES