

QUESTIONNAIRE
SOCIO-ADMINISTRATIF – 2011
Annexe au questionnaire médical



Collez votre étiquette à
l'intérieur de ce cadre.

1. Comment avez-vous eu connaissance du centre ?

- | | | | | | |
|--|--------------|--------------------------|--|--------------|--------------------------|
| Invitation du Centre | <i>Adm 1</i> | <input type="checkbox"/> | Assistante sociale (ou travailleur social) | <i>Adm 6</i> | <input type="checkbox"/> |
| Famille, voisin, ami | <i>Adm 2</i> | <input type="checkbox"/> | Médecin traitant | <i>Adm 7</i> | <input type="checkbox"/> |
| Foyer, centre d'insertion, mission locale, autre | <i>Adm 3</i> | <input type="checkbox"/> | Caisse d'assurance maladie | <i>Adm 8</i> | <input type="checkbox"/> |
| Mutuelle, caisse de retraite | <i>Adm 4</i> | <input type="checkbox"/> | Presse | <i>Adm 9</i> | <input type="checkbox"/> |
| Médecin travail, employeur, comité entreprise | <i>Adm 5</i> | <input type="checkbox"/> | | | |

2. Si vous n'êtes pas en CDI, êtes-vous : (plusieurs réponses possibles) ? *Adm 12 et Adm 12a*

- | | | | | | |
|----------------------------------|----------|--------------------------|--|----------------|--------------------------|
| Etudiant(e) | <i>1</i> | <input type="checkbox"/> | En contrat emploi-solidarité, intérim, CDD | <i>6</i> | <input type="checkbox"/> |
| Jeune en cours de formation | <i>2</i> | <input type="checkbox"/> | Pré-retraité(e) | <i>7</i> | <input type="checkbox"/> |
| A la recherche d'un emploi | <i>3</i> | <input type="checkbox"/> | Retraité(e) | <i>8</i> | <input type="checkbox"/> |
| Chômeur depuis moins de six mois | <i>4</i> | <input type="checkbox"/> | Personne au foyer | <i>9</i> | <input type="checkbox"/> |
| Chômeur depuis plus de six mois | <i>5</i> | <input type="checkbox"/> | En formation professionnelle | <i>J</i> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Bénéficiaire du RSA | <i>Adm 15d</i> | <input type="checkbox"/> |

3. Depuis quand n'exercez-vous plus d'activité professionnelle ? *Adm 11*

- | | | | | | |
|---------------|----------|--------------------------|------------------------------|----------|--------------------------|
| Moins d'un an | <i>1</i> | <input type="checkbox"/> | 3 ans ou plus | <i>4</i> | <input type="checkbox"/> |
| 1 an | <i>2</i> | <input type="checkbox"/> | Vous n'avez jamais travaillé | <i>5</i> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ans | <i>3</i> | <input type="checkbox"/> | travail : 0 | | |

4. Si vous travaillez quelle est votre profession ? *Adm 10*

5. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ? Oui Non *Adm 13*

6. Quel est votre niveau d'études ? *Adm 14*

- | | | | | | |
|--|----------|--------------------------|------------------------|----------|--------------------------|
| Ne sait pas lire ou écrire le français | <i>1</i> | <input type="checkbox"/> | BAC, BTS | <i>4</i> | <input type="checkbox"/> |
| Sans diplôme | <i>2</i> | <input type="checkbox"/> | BAC + 2 | <i>5</i> | <input type="checkbox"/> |
| CAP, BEPC, Brevet des collèges | <i>3</i> | <input type="checkbox"/> | Science, maîtrise et + | <i>6</i> | <input type="checkbox"/> |

7. Bénéficiez-vous : d'une mutuelle de la CMU CMU complémentaire de 100% ALD *Adm 15* *Adm 15a* *Adm 15b* *Adm 15c*

8. Avez-vous une difficulté d'accès aux soins ? *Adm 16*

Oui Non

9. Avez-vous un médecin traitant ? *Adm 17*

Oui Non

10. Estimez-vous que votre situation professionnelle est précaire ? *Adm 18*

Oui Non

11. Vivez-vous : *Qm 2* seul(e) en couple en famille

12. Combien avez-vous d'enfants ?
Qm 3

13. Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? *Adm 21*

Oui Non

14. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF,) ? *Adm 22*

Oui Non

15. Etes-vous allé(e) au spectacle (cinéma, théâtre, ...) au cours des 12 derniers mois ? *Adm 23*

Oui Non

16. Etes-vous parti(e) en vacances au cours des 12 derniers mois ? *Adm 24*

Oui Non

17. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ? *Adm 25*

Oui Non

18. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé) y-a-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter pour ?

- vous héberger quelques jours en cas de besoin *Adm 26*
 - vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) *Adm 26a*
- Oui Non
Oui Non

Ne pas remplir cette partie

Code Accueil :



Signature :

ELEMENTS PROFESSIONNELS

Avez-vous exercé pendant plus de douze mois une activité vous exposant à respirer des produits chimiques volatils ?

(acides, ammoniaque, solvants, vapeurs nitreuses, benzene, etc ...) **Qm 7**

Oui Non

Avez-vous exercé pendant plus de douze mois un métier vous exposant à des poussières minérales (silice, amiante, charbon, etc ...)? **Qm 8**

Oui Non

Si vous travaillez :

Dans votre travail êtes-vous ou avez-vous été exposé(e) à des nuisances ? **Qm 6**

(plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> pas de nuisance(s) particulière(s) (1) | <input type="checkbox"/> vibrations (3) | <input type="checkbox"/> poussières (5) | <input type="checkbox"/> autres nuisances (7) |
| <input type="checkbox"/> bruit (2) | <input type="checkbox"/> produits toxiques (4) | <input type="checkbox"/> intempéries (6) | |

Travaillez-vous: **Qm 4**

(plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> à domicile (1) | <input type="checkbox"/> bureau (4) | <input type="checkbox"/> itinérant (7) |
| <input type="checkbox"/> atelier (2) | <input type="checkbox"/> magasin ou restaurant (5) | <input type="checkbox"/> plein air (8) |
| <input type="checkbox"/> hall d'usine (3) | <input type="checkbox"/> établissement scolaire (6) | <input type="checkbox"/> divers (9) |

Qm6a

Quel est votre horaire de travail ? **Qm 5**

(plusieurs réponses possibles)

- | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> journée normale (1) | <input type="checkbox"/> journée continue (2) | <input type="checkbox"/> posté (2x8, 3x8) (3) | <input type="checkbox"/> nuit(4) |
| <input type="checkbox"/> partiel ou mi-temps (5) | <input type="checkbox"/> sans horaire fixe (6) | <input type="checkbox"/> occasionnel (7) | |

Qm5a

HABITUDES DE VIE

7. Pratiquez-vous une activité physique régulière estimée à plus d'une heure de marche par jour
(travail, trajet, loisirs, ...) ? **Qm 9**

Oui Non

8. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? **sport_12m**

Oui Non

9. Dans le cadre de vos loisirs, pratiquez-vous un sport de façon régulière (tennis, natation, etc...) **Qm10**

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> jamais (1) | <input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par semaine (2) | <input type="checkbox"/> plus de 3 fois par semaine (3) |
|-------------------------------------|---|---|

10. Consommez-vous vin, bière, cidre, apéritifs ou digestifs ? **Qm 11**

Oui Non

Qm11a si oui, 10a. tous les jours ou presque 1

certains jours de la semaine 2

plus rarement 3

Qm11b si non, 10b. parce que vous n'en avez jamais bu 1

parce que vous n'en consommez plus 2

11. Si vous avez répondu OUI à la question 10

11a. Nombre de verres d'apéritif ou de digestif par JOUR ? **Qm 11a**

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

11b. Nombre de verres de vin par JOUR? (1 verre = 1/8 litre) **Qm 12b**

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

11c. Nombre de verres de bière ou de cidre par JOUR? (1 verre = 1/4 litre) **Qm 12c**

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

11d. A combien estimez-vous le nombre de verres de vin + bière + cidre
+ apéritif + digestif que vous prenez un jour de week-end ou de fête ? **Qm 12d**

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

12. Quelle quantité d'eau buvez-vous par JOUR? **Qm 13**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> rien ou presque 1 | <input type="checkbox"/> 0,5 L à 1,5 L par jour 3 | <input type="checkbox"/> plus de 3 L par jour 5 |
| <input type="checkbox"/> moins de 0,5 L par jour 2 | <input type="checkbox"/> plus d'1,5 L et moins de 3 litres par jour 4 | |

12a. Buvez-vous essentiellement : **eau_min**
(une seule réponse possible)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> eau minérale ou eau de source | <input type="checkbox"/> eau du robinet |
|--|---|

13. Nombre de tasses de café par JOUR? **Qm14**

(une seule réponse possible)

si oui

13a. Buvez-vous essentiellement : **café 1** décaféiné 2 **deca**
(une seule réponse possible)

14. Nombre de tasses de thé par JOUR? **Qm11a** aucune 1 1 à 4 au maximum 2 plus de 4 tasses 3

(une seule réponse possible)

si oui

14a. Buvez-vous essentiellement du thé vert ? oui non **the_vert**
(une seule réponse possible)

15. Consommez-vous régulièrement de l'aspartame, des édulcorants (sucrettes, boissons « light ») ? **Aspart**
(une seule réponse possible) aucun 1 1 à 4 par jour au maximum 2 Plus de 4 par jour 3

16. Utilisez-vous des margarines enrichies en stérol (proactiv® et autres) ? Margarine oui non

17. Consommez-vous régulièrement des boissons autres : boisson aucune 1 A base de cola 2 A base de taurine (dites energissantes) 3 Autre soda 4

17a. Si oui, quelle quantité : (une seule réponse) qt_boisson
 1 à 4 verres par jour au maximum 1 Plus de 4 verres par jour 2

TABAC

18. Vous êtes : non fumeur (1) fumeur actuel (2) ancien fumeur (3) en cours d'arrêt – 1 an (4) Qm 16

19. Si fumeur actuel (Réponse 2):

19a. Combien de cigarettes ou de cigarillos par JOUR ? Qm 17a

--	--

19b. Depuis combien d'années fumez-vous ? Qm 17b

--	--

19c. Inhaliez-vous (ou avalez-vous) la fumée ? Qm 17c

oui non

19d. Fumez-vous la pipe ? Qm 17d

oui non

19e. Fumez-vous le narguilé ou la chicha ? Chicha

oui non

19f. Fumez-vous le cigare ou autre ? Qm 17e

oui non

20. Si ancien fumeur (Réponse 3) :

20a. Combien de cigarettes ou de cigarillos fumiez-vous par JOUR ? Qm 18a

--	--

20b. Pendant combien d'années avez-vous fumé ? Qm 18c

--	--

20c. Depuis combien d'années avez-vous cessé de fumer ? Qm 18d

--	--

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Ces questions concernent vos père, mère, frères et sœurs

Parmi vos père, mère, frères et sœurs, quelqu'un a-t-il eu :

21. une hypertension artérielle ? Qm 19 oui non
22. un infarctus du myocarde ? Qm 20 oui non
23. une mort subite (mort brutale non accidentelle et non volontaire) avant l'âge de 60 ans ? Qm 22 oui non
24. un taux de cholestérol trop élevé ? Qm 23 oui non
25. un diabète ? Qm 24 oui non
26. une hémochromatose (trop de fer dans le sang) ? Qm 25 oui non
27. un cancer de la prostate ? AFK prost oui non
28. un cancer de l'intestin ou du rectum ? Qm 27 oui non
29. un cancer du sein ? Qm 28 oui non
30. un cancer de l'utérus ? Qm 29 oui non
31. une maladie d'Alzheimer ? AF_Alghei oui non
32. une maladie allergique (asthme, eczéma ...) ? Qm 31 oui non
33. un glaucome, une tension oculaire élevée ? Qm 32 oui non

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Avez-vous eu :

34. une tension artérielle égale ou supérieure à 140 mm Hg à plusieurs reprises ? ap_hta oui non
35. un infarctus du myocarde ? Qm 34 oui non
36. une angine de poitrine (maladie coronaire confirmée par votre médecin) ? Qm 35 oui non
37. un pontage coronaire, une angioplastie ou un stent coronaire ? AP_pontage oui non
38. un autre problème cardiaque (fibrillation auriculaire, fibrillation atriale, flutter) ? Qm 37 oui non
39. une maladie des artères ? Qm 38 oui non
40. une phlébite ? Qm 39 oui non
41. une embolie pulmonaire ? Qm 40 oui non

42. un accident vasculaire cérébral ? **Qm 41** oui non
43. des crises d'épilepsie ou des convulsions ? **Qm 42** oui non
44. de l'asthme ? **Qm 43** oui non
45. une maladie allergique (rhume des foins, eczéma, ...) ? **Qm 44** oui non
46. une tuberculose ? (plusieurs réponses possibles) du poumon (1) du rein (2) autre localisation (3) **Qm 48**
47. la rubéole **Qm 49** oui non
48. une affection ophtalmologique (maladie des yeux) ? **Qm 51** oui non
49. une affection O.R.L. (maladie du nez, de la gorge, des oreilles) ? **Qm 52** oui non
50. une affection de la glande thyroïde (goitre, nodule) ? **Qm 53** oui non
51. un ulcère de l'estomac ou du duodénum ? **Qm 54** oui non
52. une hernie hiatale ou reflux gastro-oesophagien? **Qm 55** oui non
53. une cirrhose? **AP_cirr** oui non
54. une chirurgie digestive de l'obésité : anneau gastrique, sleeve (ou ballon), bypass ? **chir_obes** oui non
55. un traitement des rides par Botox, collagène ? **Botox** oui non
56. une hépatite (avec ou sans jaunisse) ? **Qm 58** oui non

Qm 58a si oui, 56a. (plusieurs réponses possibles) hépatite B 1 hépatite C 2 autre 3

57. des polypes de l'intestin ou du rectum ? **Qm 59** oui non

58. une coloscopie au cours des cinq dernières années ? **Qm 60** oui non

59. des crises de coliques néphrétiques ou calculs du rein ? **Qm 61** oui non

60. une autre maladie rénale ? **Qm 62** oui non

61. des infections urinaires (cystites à répétition) ? **Qm 63** oui non

62. une dépression diagnostiquée par un médecin ? **Qm 64** oui non

63. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? **TS** oui non

64. une maladie sexuellement transmissible ? **Qm 65** oui non

MST1 Si oui, 64a. blennorragie, mycose, chlamydiae (1) mycoplasme, trichomonas, gonococcie (2)
 (plusieurs réponses possibles) syphilis (3) herpès (4) HPV (5) autre (6)

65. Test de dépistage du SIDA ? **Qm 66** oui non

Qm 66a Si oui, 65a. - Etait-ce dans les six derniers mois ? oui non

66. Avez-vous été soigné(e) pour une tumeur précancéreuse ou un cancer ? **Qm 67** oui non

Si oui, 66a. - Qu'elle était sa localisation (plusieurs réponses possibles)

Tumeur_1

- pulmonaire (1)
- digestive 2)
- utérus corps (3)
- rein (4)
- O.R.L.(5)
- prostate (6)
- sein (7)
- vessie (8)

- Tumeur_2**
- de la peau (9)
 - utérus col (J)
 - ovaire (K)
 - autre (L)

67. Avez-vous été opéré(e) : (plusieurs réponses possibles) : **Qm 68**

- de l'estomac ou du duodénum (1)
- du poumon ou de la plèvre (4)
- de la vessie (7)
- de la vésicule biliaire (2)
- du cœur (5)
- des artères (sauf varices)(8)
- de l'intestin (3)
- des reins (6)
- autre (appendice, etc...)(9)

Opération_2

68. Avez-vous bénéficié d'une transfusion de sang avant 1991 ? **trsf_sang** oui non

69. Vous a-t-on trouvé un taux trop élevé dans le sang de : cholestérol (1) triglycérides(2) sucre (3) **Qm 71**
 (plusieurs réponses possibles)

70. Etes-vous diabétique ? **diabète** oui non

VACCINATIONS

71. Avez-vous eu il y a moins de 10 ans, une vaccination ou un rappel
 (plusieurs réponses possibles)

Qm 72

- | | | | | |
|---|--|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tétonas (1) | <input type="checkbox"/> polio (2) | <input type="checkbox"/> rubéole (3) | <input type="checkbox"/> hépatite B (4) | <input type="checkbox"/> BCG (5) |
| <input type="checkbox"/> grippe (automne dernier) (6) | <input type="checkbox"/> oreillons (7) | <input type="checkbox"/> pneumocoque (8) | <input type="checkbox"/> coqueluche (9) | <input type="checkbox"/> autre(s)(M) |
| <input type="checkbox"/> contre le papillomavirus (HPV) (J) | | <input type="checkbox"/> méningite (K) | <input type="checkbox"/> hépatite A (L) | |

Vaccine

Vaccin 3

ÉTAT DE SANTÉ ACTUEL

72. Indiquez par une note comprise entre 0 et 10, votre état de santé tel que vous le ressentez

Qm 73

mauvais → 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ← excellent

73. Avez-vous des troubles de l'équilibre ou des vertiges?

Qm 75

oui non

74. Avez-vous fait plus d'une chute dans l'année écoulée?

chute

oui non

75. Avez-vous habituellement des troubles du sommeil?

Qm 77

oui non

76. En moyenne combien d'heures dormez-vous par nuit?

heur_som

77. Souhaitez-vous que soient abordées des questions sur votre vie sexuelle?

Qm 78

oui non

78. Avez-vous des troubles de mémoire?

tbl_mémoire

oui non

79. Avez-vous déjà ressenti une douleur, une gêne pénible, une sensation de poids en pleine poitrine?

Qm 82

oui non

Si oui,

79a. cette douleur siégeait-elle au milieu de la poitrine?

Qm 82a

oui non

79b. gagnait-elle la mâchoire, ou les 2 épaules, ou les 2 bras?

Qm 82b

oui non

79c. s'est-elle accompagnée d'une sensation de malaise, de sueurs?

Qm 82c

oui non

79d. cette sensation est-elle survenue pendant la marche?

Qm 82d

oui non

Si oui, 79da. avez-vous dû ralentir fortement la marche, ou arrêter de marcher?

Qm 82da

oui non

79e. cette douleur a-t-elle duré moins de 5 minutes?

Qm 82e

oui non

79f. avez-vous eu cette douleur plus d'une fois?

Qm 82f

oui non

80. Vous est-il arrivé de ressentir que votre cœur s'emballait?

Qm 83

oui non

81. Vous est-il arrivé de ressentir que votre cœur avait des ratés?

Qm 84

oui non

82. Etes-vous essoufflé(e) quand vous marchez à côté d'une personne de votre âge?

Qm 85

oui non

83. Avez-vous les jambes lourdes?

Qm 86

oui non

84. Lorsque vous marchez, vous arrive-t-il fréquemment de ressentir une douleur au(x) mollet(s)?

Qm 87

oui non

Si oui, 84a. cette douleur vous oblige-t-elle à ralentir ou arrêter votre marche?

Qm 87a

oui non

84b. disparaît-elle en moins de cinq minutes?

Qm 87b

oui non

85. Avez-vous remarqué depuis moins de six mois que votre appétit a nettement diminué?

Qm 88

oui non

86. Avez-vous observé une perte de poids involontaire de plus de 5 kg (sans faire de régime),

au cours des derniers mois?

Qm 89

oui non

87. Avez-vous noté sur la peau, des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas,

un changement d'aspect d'un grain de beauté?

Qm 90

oui non

88. Avez-vous des ganglions (glandes, grosses) au niveau de l'aisselle, de laine ou du cou?

Qm 91

oui non

89. Toussez-vous ou crachez-vous presque tous les jours, trois mois de suite chaque année depuis

au moins deux ans?

Qm 92

oui non

90. Vous est-il arrivé récemment de cracher du sang en toussant?

Qm 93

oui non

91. Etes-vous enrôlé(e) en permanence depuis quelques semaines?

Qm 94

oui non

92. Avez-vous des difficultés récentes pour avaler, particulièrement le pain ou la viande?

Qm 95

oui non

93. Avez-vous des douleurs, des crampes ou des brûlures d'estomac?

Qm 96

oui non

94. Avez-vous une ou plusieurs hernie(s) de la paroi abdominale (ombilicale, inguinale droite ou gauche)?

Qm 97

oui non

95. Avez-vous fréquemment des douleurs abdominales?

Qm 98

oui non

96. Etes-vous constipé(e) chronique?

Qm 99

oui non

97. Avez-vous souvent la diarrhée?

Qm 100

oui non

98. Vos selles se sont-elles récemment modifiées (diarrhée, constipation, alternance des deux)?

Qm 101

oui non

99. Avez-vous du sang dans les selles ou saignez-vous par l'anus?

Qm 102

oui non

Si oui, 99a - hémorroïdes connues

Qm 102a

oui non

100. Avez-vous fait un test de recherche de sang dans les selles, type Hémocult?

hemocult

oui non

101. Urinez-vous du sang?

Qm 103

oui non

102. Avez-vous une gêne pour uriner et/ou vous levez-vous plusieurs fois la nuit pour uriner?

Qm 104

oui non

QUESTIONNAIRE POUR LES FEMMES

136. Etes-vous enceinte ? **Qm 133** oui non
137. Combien avez-vous eu d'enfant(s) ? **Qm 134**
138. Avez-vous eu un (ou des) enfant(s) d'un poids de naissance égal ou supérieur à 4 kilos ? **Qm 135** oui non
139. Au cours d'une grossesse, avez-vous eu de l'hypertension artérielle ? **Qm 136** oui non
 Si oui, 139a. - Avez-vous eu de l'albumine dans les urines ? **Qm 136a** oui non
140. Avez-vous eu une (ou plusieurs) fausse(s) couche(s) ou avortement(s) spontané(s) ? **Qm 137** oui non
141. Avez-vous eu un (ou des) avortement(s) provoqué(s) ou interruption(s) volontaire(s) de grossesse (I.V.G.) ? **Qm 138** oui non
142. Avez-vous été opérée : (*plusieurs réponses possibles*) **Qm 139**
 du sein (en dehors d'une intervention esthétique) (1) de l'utérus (2) des ovaires (3)
 142a. Si la réponse est 2 (une seule réponse possible) **Qm 139a-2**
 hystérectomie totale 1 hystérectomie partielle 2 autre 3
143. Utilisez-vous une méthode contraceptive ? **Qm 140** oui non
 Si oui, 143a : **ctcep**
 pilule orale 1 stérilet 2 préservatif 3 hormones transdermiques 4
 hormones transvaginales 5 ligature des trompes 6 autre 7 **ctcep 3** **Qm 141**
144. Si vous ne prenez pas la pilule, l'avez-vous prise antérieurement pendant plus d'1 an ? **Qm 141** oui non
 Si oui, 144a. L'avez-vous interrompue pour raison médicale ? **Qm 141a** oui non
145. Avez-vous remarqué dans l'un de vos seins (ou les deux) une grosseur même de petit volume ? **Qm 142** oui non
146. Avez-vous remarqué un écoulement du mamelon ? **Qm 143** oui non
147. Avez-vous eu une mammographie au cours des deux dernières années ? **Qm 144** oui non
148. Vos dernières règles datent de (une seule réponse) **Qm 145**
 moins de 2 mois (1) 2 à 6 mois (2) 6 mois à 1 an (3) 1 à 5 ans (4) plus de 5 ans (5)
- Si vous avez répondu 1 ou 2 à la question 148 :
149. Avez-vous vos règles à intervalles réguliers ? **Qm 146** oui non
150. Vos règles sont-elles abondantes et/ou accompagnées de caillots ? **Qm 148** oui non
151. Avez-vous remarqué des pertes de sang (rouges, rosées, ou marrons) en dehors de vos règles, **Qm 149** ou après un rapport sexuel ? **Qm 149** oui non
- Si vous avez répondu 3, 4 ou 5 à la question 148 :
152. Etes-vous ménopausée ? Oui 1 Non 2 Ne sait pas 3 **menopause**
 Si oui, (une seule réponse possible)
 152a. Depuis combien de temps : 1 moins d'un an 2 de un à deux ans 3 de deux ans à 5 ans 4 plus **tps_meno**
 152b. Vous arrive-t-il depuis l'arrêt de vos règles, d'avoir des saignements, même minimes ? **Qm 150a** oui non
 152c. Avez-vous des bouffées de chaleur ? **Qm 150b** oui non
 152d. Avez-vous ou avez-vous eu un traitement pour la ménopause ? **Qm 150c** oui non
 152e. Si oui, lequel ? (une seule réponse) oral 1 transdermique 2 transvaginal 3 **tt_menop2**
- 153f. Depuis combien d'années ? **tps_ttmen**
- 152g. Si arrêté, combien d'années l'avez-vous pris en tout ? **stop_ttmen**
153. Avez-vous un suivi gynécologique régulier (une fois par an) ? **Qm 151** oui non
154. En ce qui concerne le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus, cochez parmi les propositions suivantes celle qui correspond à votre cas (une seule réponse) : **frottis**
- 1 je n'ai jamais eu de frottis 2 j'ai eu un frottis dans les 12 derniers mois 3 j'ai eu un frottis il y a moins de 3 ans
155. Etes-vous gênée par des pertes blanches abondantes ? **Qm 153** oui non
156. Avez-vous des envies impérieuses d'uriner ? **Qm 154** oui non
157. Perdez-vous parfois vos urines lorsque vous toussez, courez, riez, etc ... ? **Qm 155** oui non

