



3. Affections digestives :

Age au diagnostic

- Hépatite B ₁ Oui ₂ Non ans
- Hépatite C ₁ Oui ₂ Non ans
- Autres hépatites ₁ Oui ₂ Non ans

Autre(s) affection(s) digestive(s), précisez :

- a/ ans
- b/ ans

4. Affections urogénitales :

Age au diagnostic

- Condylomes ou HPV ₁ Oui ₂ Non ans
- Autre(s) affection(s) urogénitale(s), précisez :

- a/ ans
- b/ ans

5. Affections rénales :

Age au diagnostic

- Maladie rénale chronique * ₁ Oui ₂ Non ans
- Autre(s) affection(s) rénale(s), précisez :

- a/ ans
- b/ ans

6. Affections nerveuses et psychiques :

Age au diagnostic

- Dépression traitée ₁ Oui ₂ Non ans
- Tentative de suicide ₁ Oui ₂ Non ans
- Maladie de Parkinson ₁ Oui ₂ Non ans

Autre(s) affection(s) nerveuse(es) et psychique(s), précisez :

- a/ ans
- b/ ans

7. Affections ostéo-articulaires :

Age au diagnostic

- Arthrite inflammatoire ₁ Oui ₂ Non ans
- Autre(s) affection(s) ostéo-articulaire(s), précisez :

- a/ ans
- b/ ans

* Protéinurie ou hématurie ou baisse de la fonction rénale (débit de filtration glomérulaire estimé par équation de Cockcroft-Gault ou autre <60 ml/min) connue et persistant > 3 mois ou maladie rénale chronique diagnostiquée par biopsie ou échographie rénale et confirmée par un néphrologue. Ne pas inclure les calculs rénaux, les infections et autres affections rénales aiguës, ou l'incontinence urinaire.



8. *Fractures:*

Age au moment de la fracture

- Fracture du poignet ₁ Oui ₂ Non ans
- Fracture de l'humérus (épaule) ₁ Oui ₂ Non ans
- Fracture du col du fémur ₁ Oui ₂ Non ans
- Fracture vertébrale (fracture-tassement) ₁ Oui ₂ Non ans

9. *Affections endocriniennes :*

Age au diagnostic

- Pathologie thyroïdienne ₁ Oui ₂ Non ans
- Diabète de type I ₁ Oui ₂ Non ans
- Diabète de type II ₁ Oui ₂ Non ans
- Hypercholestérolémie traitée ₁ Oui ₂ Non ans
- Hypertriglycéridémie traitée ₁ Oui ₂ Non ans

Autre(s) affection(s) endocrinienne(s), précisez :

- a/ ans
- b/ ans

10. *Cancer:*

₁ Oui ₂ Non

Si oui

Age au diagnostic

- ₁ Sein ans
- ₁ Utérus Col ans
- ₁ Utérus Corps ans
- ₁ Ovaire ans
- ₁ Thyroïde ans
- ₁ Broncho-pulmonaire ans
- ₁ Prostate ans
- ₁ Colon/rectum ans

₁ Autre(s) cancer(s), précisez

Age au diagnostic

- a/ ans
- b/ ans

11. *Autre(s) affection(s), précisez :*

Age au diagnostic

- a/ ans
- b/ ans



ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX

Cochez les cases correspondantes et si nécessaire remplissez l'âge au diagnostic **même approximatif** :

	Père	Mère
Cancer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Précisez la localisation :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Précisez la localisation :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Infarctus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Angine de poitrine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Mort subite	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
AVC	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Maladie psychiatrique grave	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Précisez :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Suicide	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Diabète de type II (DNID)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Dialyse ou greffe rénale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans
Asthme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Age au diagnostic	<input type="text"/> ans	<input type="text"/> ans