

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(s) 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	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
Fracture de l'humérus (épaule)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
Fracture du col du fémur	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
Fracture vertébrale (fracture-tassement)	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans

9. *Affections endocriniennes :*

				Age au diagnostic	
Pathologie thyroïdienne	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
Diabète de type I	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
Diabète de type II	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
Hypercholestérolémie traitée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ans
Hypertriglycéridémie traitée	<input type="checkbox"/> ₁ Oui	<input type="checkbox"/> ₂ Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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 Ovaires 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
Autre maladie 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

Merci de votre participation