

Numéro Constances

0.AQ_FEMME_Id

Santé des femmes

A remplir au Centre d'examens de santé

 **0 805 567 900**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue d'intérêt général et de qualité statistique sans avoir de caractère obligatoire.

Visa n°2012X705AU du ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, du ministre de la Santé et des Sports et du ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, valable pour l'année 2012.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées à l'Unité Mixte Inserm-UVSQ « Cohortes épidémiologiques en population ».

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête. Elle garantit aux personnes concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès du Dr Marie Zins ou du Pr Marcel Goldberg, Unité Mixte Inserm-UVSQ, « Cohortes épidémiologiques en population », Hôpital Paul Brousse, Bâtiment 15/16, 16 avenue Paul Vaillant-Couturier, 94807 Villejuif Cedex.



Comment remplir ce questionnaire

- Utilisez de préférence un **stylo bille noir**.
- Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases . Répondez en faisant une croix dans une case.

Exemple : Êtes-vous enceinte ? Oui ₁ Non ₂

- Ne vous préoccupez pas des chiffres indiqués à côté des cases.
- Sauf indication contraire, cochez une case et une seule, celle qui vous semble le mieux correspondre à la réponse que vous auriez donnée oralement.
- Dans certains cas, il est demandé de préciser en clair. Remplissez en MAJUSCULES.

Exemple : V A R N O L I N E

- Dans certains cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases. Si vous n'utilisez pas toutes les cases, inscrivez le chiffre sur la droite en laissant les cases les plus à gauche vides.

Exemple : Combien d'enfants avez-vous eus ? 5

- Pour certaines questions, il vous est demandé de vous situer sur une échelle en faisant une croix dans une case, entre deux extrêmes.

Exemple : Quelle est l'intensité de vos douleurs ?

aucune douleur douleur maximale imaginable
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Dans certains cas, des dates vous sont demandées. Indiquez-les en chiffres. Les cases comportent en transparence les indications à remplir : JJ pour jour, MM pour mois et AA pour l'année (deux derniers chiffres seulement) ou AAAA pour l'année entière.

Exemple :

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire : J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

Si la date est le 15 mars 2011, remplissez

1 5 / 0 3 / 2 0 1 1

- Enfin, vérifiez que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Ce questionnaire restera strictement confidentiel

Il faut environ 10 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir le mieux possible. Vous êtes libre de ne pas répondre à toutes les questions, mais l'intérêt des résultats de cette enquête dépend avant tout du fait que les informations recueillies soient les plus complètes possibles.

Nous vous rappelons que vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Les scientifiques qui procéderont aux analyses ne pourront pas avoir accès à votre identité. Les résultats porteront toujours sur un grand nombre de questionnaires, rendant impossible l'identification d'une personne.

Ce questionnaire porte sur les événements gynécologiques qui peuvent survenir tout au long de la vie d'une femme et influencer sur sa santé.

En fonction de votre âge ou de vos réponses aux questions, vous ne serez pas concernée par certaines questions ou parties entières de ce questionnaire.

i Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications.

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

J J / M M / 2 0 A A
jour mois année

1.AQ_FEMME_DtRemp

Quelle est votre date de naissance ?

J J / M M / 1 9 A A
jour mois année

2.AQ_FEMME_DtNais

A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?

ans

3.AQ_FEMME_RegleAgeDeb

I. RÈGLES ET CYCLES MENSTRUELS

1. Quelle est la **date** de vos **dernières règles (même approximative)** ?

J J / M M / A A A A
jour mois année

4.AQ_FEMME_RegleDtDem

i Si cette date remonte à moins de 3 mois, passez directement à la question 3 (page 6).

2. Vous n'avez **PAS** eu vos règles **depuis 3 mois ou plus** :

a) Est-ce depuis : ₁ moins de 12 mois ₂ 12 mois ou plus

5.AQ_FEMME_RegleAbsDepuis

b) Est-ce que (plusieurs réponses possibles) :

₁ vous êtes enceinte

₁ vous allaitez

₁ vous portez un stérilet hormonal (MIRENA®)

₁ vous prenez la pilule en continu (ou une pilule qui supprime les règles)

₁ vous avez eu une ablation de l'utérus, précisez la date :

M M / A A A A
mois année

11.AQ_FEMME_RegleAbsOpUtDt

₁ vous avez eu une ablation des 2 ovaires, précisez la date :

M M / A A A A
mois année

13.AQ_FEMME_RegleAbsOpOvDt

₁ vous êtes ménopausée

₁ autre situation, précisez :

16.AQ_FEMME_RegleAbsAutPs

i Passez ensuite directement à la partie II : CONTRACEPTION (page 7)

3. *En vous basant sur vos 3 derniers cycles,*

a) Vos règles sont-elles :

₁ régulières spontanément (cycles de 24 à 32 jours environ)

₂ régulières sous pilule ou autre traitement hormonal

1.AQ_FEMME_RegleRegul

₃ irrégulières

b) Quelle est la durée moyenne de vos **règles** (nombre de jours de saignements) ?

jours

2.AQ_FEMME_RegleDuree

c) Quelle est la durée de vos **cycles menstruels** (comptez du 1^{er} jour des règles jusqu'au 1^{er} jour des règles suivantes) ? Indiquez une durée minimale et une durée maximale.

Exemple : si vos 3 derniers cycles étaient respectivement de 31, 26 et 28 jours, indiquez « durée minimale : 26 jours » et « durée maximale : 31 jours ».

3.AQ_FEMME_CycleDurMini

4.AQ_FEMME_CycleDurMaxi

durée minimale : jours

durée maximale : jours

d) Comment évaluez-vous l'intensité moyenne de vos douleurs de règles ? Cochez la case qui correspond le mieux à votre situation.

aucune douleur douleur maximale imaginable

5.AQ_FEMME_RegleDou

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. *En dehors des douleurs de règles, souffrez-vous régulièrement de douleurs localisées au bas-ventre ?*

₁ Oui

₂ Non

6.AQ_FEMME_DoulBasVent

5. *Avez-vous des douleurs des seins avant vos règles ?*

₁ Oui

₂ Non

7.AQ_FEMME_DoulSein

➔ Si oui :

8.AQ_FEMME_DSeinCb

a) S'agit-il de douleurs concernant : ₁ un seul sein ₂ les deux seins

b) Pendant combien de jours avez-vous mal aux seins avant les règles :

9.AQ_FEMME_DSeinNbJ

₁ moins de 4 jours ₂ 4 à 8 jours ₃ 9 à 15 jours ₄ plus de 15 jours

c) Vos douleurs des seins disparaissent-elles (ou s'atténuent-elles fortement) avec l'apparition des règles ?

10.AQ_FEMME_DSeinDisp

₁ Oui ₂ Non

d) Vos douleurs des seins sont-elles apparues :

₁ spontanément

₂ sous traitement hormonal uniquement (contraception, traitement pour infertilité...)

II. CONTRACEPTION

6. Au cours de votre vie avez-vous déjà utilisé la pilule contraceptive ?

₁ Oui

₂ Non

1.AQ_FEMME_PilDejUtilise

➔ Si oui :

a) A quel âge avez-vous commencé à la prendre ? ans

2.AQ_FEMME_PilAgeDeb

b) Pendant combien de temps en tout l'avez-vous prise (en additionnant toutes les périodes où vous l'avez prise) :

₁ moins d'1 an

₂ entre 1 et 3 ans

₃ entre 3 et 5 ans

₄ plus de 5 ans

3.AQ_FEMME_PilDuree

i Si vous êtes actuellement enceinte ou ménopausée, passez directement à la partie III : FERTILITÉ (page 8)

7. Actuellement, utilisez-vous un moyen pour éviter d'être enceinte ?

₁ Oui

₂ Non

4.AQ_FEMME_Contraception

➔ Si oui, précisez lequel (lesquels) : (plusieurs réponses possibles)

5.AQ_FEMME_CPilule

₁ La pilule, précisez laquelle :

6.AQ_FEMME_CPilulePs

7.AQ_FEMME_CAuthorm

₁ Un autre traitement hormonal

8.AQ_FEMME_CSterilet

₁ Un stérilet (Dispositif Intra Utérin, DIU), précisez : ₁ Au cuivre

9.AQ_FEMME_CSQuoi

₂ Hormonal (MIRENA®)

₃ Ne sait pas

10.AQ_FEMME_CHom

₁ Le préservatif masculin (capote)

11.AQ_FEMME_CAnneau

₁ L'anneau contraceptif (NUVARING®)

12.AQ_FEMME_CImplant

₁ L'implant contraceptif (IMPLANON®)

13.AQ_FEMME_CPatch

₁ Le patch contraceptif (EVRA®)

14.AQ_FEMME_CCreme

₁ Des crèmes ou ovules spermicides

15.AQ_FEMME_CDiaph

₁ Le diaphragme ou la cape cervicale

16.AQ_FEMME_CFem

₁ Le préservatif féminin

17.AQ_FEMME_CRetrait

₁ Le retrait du partenaire avant éjaculation (coït interrompu)

18.AQ_FEMME_CPasRapp

₁ Vous n'avez pas de rapport sexuel les jours à risque (méthode naturelle, Ogino, températures...)

19.AQ_FEMME_CInterv

₁ Vous ou votre partenaire avez eu une intervention pour devenir stérile (ligature des trompes, vasectomie)

20.AQ_FEMME_CAutre

₁ Autre moyen, précisez :

21.AQ_FEMME_CAutrePsP

III. FERTILITÉ

8. *Avez-vous déjà eu, vous ou votre partenaire, une ou plusieurs interventions dans le but d'améliorer la fertilité de votre couple ?*

1.AQ_FEMME_FertAmelior

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

9. *Avez-vous déjà eu une salpingite (infection aiguë atteignant les trompes) ?*

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas 2.AQ_FEMME_FertSalpin

➔ Si oui, avez-vous reçu un traitement par antibiotiques ?

- ₁ Oui ₂ Non 3.AQ_FEMME_FertSalpinAntib

i Si vous êtes ménopausée, passez directement à la partie IV: GROSSESSES (page 9)

10. *Au cours des 6 derniers mois, vous ou votre partenaire avez-vous consulté un ou des médecins parce que vous aviez des difficultés à obtenir une grossesse ?*

4.AQ_FEMME_FertDiffGross

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

11. *Au cours des 6 derniers mois, vous ou votre partenaire avez-vous utilisé (ou utilisez-vous actuellement) un traitement médical pour favoriser la survenue d'une grossesse ?*

5.AQ_FEMME_FertTraitGross

- ₁ oui, vous ₂ oui, votre partenaire ₃ oui, tous les deux ₄ non, ni vous ni votre partenaire

i Si vous êtes actuellement enceinte, passez directement à la partie IV: GROSSESSES (page 9)

12. *Diriez-vous que vous souhaitez avoir une grossesse :*

- ₁ dans les 6 prochains mois
₂ dans 6 mois à 1 an
₃ dans 1 an à 2 ans
₄ dans plus de 2 ans
₅ vous ne souhaitez pas (ou plus) avoir de grossesse
₆ vous ne pouvez pas (ou plus) avoir de grossesse

6.AQ_FEMME_FertVeutEnceinQd

13. *Est-ce que vous cherchez actuellement à être enceinte ?*

- ₁ Oui ₂ Non 7.AQ_FEMME_FertVeutEncein

IV. GROSSESSES

Pour les questions 14 à 16, tenez compte de **toutes vos grossesses, quelle que soit la façon dont elles se sont terminées** : y compris dans le cas d'IVG (interruption volontaire de grossesse), de grossesse extra-utérine, de fausse-couche spontanée même très précoce, d'IMG (interruption médicale de grossesse), d'enfant mort-né.

14. Avez-vous déjà été enceinte, quelle que soit la façon dont la grossesse s'est terminée ?

₁ Oui (y compris si vous êtes actuellement enceinte)

₂ Non

1.AQ_FEMME_Gross

i Si vous n'avez jamais été enceinte, passez directement à la PARTIE V : MALADIES DES SEINS (page 11).

15. Au total, combien de grossesses avez-vous eues (y compris la grossesse actuelle si vous êtes enceinte), quelle que soit la façon dont elles se sont terminées ?

grossesses

2.AQ_FEMME_GrossNb

16. A quelle date s'est terminée votre dernière grossesse (quelle qu'en soit l'issue) ?

/ /
jour mois année

3.AQ_FEMME_GrossDtDern

₁ je suis actuellement enceinte

4.AQ_FEMME_GrossSuisEncein

17. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs **grossesses extra-utérines** (grossesse se développant de façon anormale en dehors de l'utérus, par exemple dans la trompe) ?

₁ Oui

₂ Non

5.AQ_FEMME_GrossExtUterin

➔ Si oui, combien ?

grossesse(s) extra-utérine(s)

6.AQ_FEMME_GrossExtUterinNb

18. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs **fausses couches** ?

₁ Oui

₂ Non

7.AQ_FEMME_GrossFauxcouch

➔ Si oui, combien ?

fausse(s) couche(s)

8.AQ_FEMME_GrossFauxcouchNb

19. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs **IVG** (interruption **volontaire** de grossesse) ?

₁ Oui

₂ Non

9.AQ_FEMME_IVG

➔ Si oui, combien ?

IVG

10.AQ_FEMME_IVGNb

20. Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs **IMG** (interruption **médicale** de grossesse, avortement « thérapeutique ») ?

₁ Oui

₂ Non

11.AQ_FEMME_IMG

➔ Si oui, combien ?

IMG

12.AQ_FEMME_IMGNb

21. Combien d'enfants avez-vous eus (enfants **biologiques** nés vivants ou non après 5 mois de grossesse) ?

enfant(s)

1.AQ_FEMME_EnfNb

22. Pour chacun de vos **enfants nés vivants**, indiquez dans le tableau ci-après : son sexe, son année de naissance, son poids de naissance, le mode d'accouchement (voie naturelle ou césarienne), si vous l'avez allaité (même partiellement) et, si oui, pendant combien de mois :

Enfant	2.AQ_FEMME_Enf*Sex		Année de naissance	4.AQ_FEMME_Enf*Kg 5.AQ_FEMME_Enf*g		Mode d'accouchement		7.AQ_FEMME_Enf*Allait 8.AQ_FEMME_Enf*AllaitNbm		
	M ⁽¹⁾	F ⁽¹⁾		3.AQ_FEMME_Enf*AnNais	kg	g	Césa ⁽²⁾	VN ⁽²⁾	oui	non
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A A A A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

(1) M= masculin ; F= féminin

(2) Césa = césarienne ; VN=voies naturelles

(3) si vous avez allaité moins d'un mois, indiquez « 0 » ; entre 1 et 2 mois indiquez « 1 », etc.

23. Avez-vous eu des enfants mort-nés ?

₁ Oui

₂ Non

9.AQ_FEMME_EnfMorne

➔ Si oui, précisez, pour chacun, en quelle année et s'il s'agissait d'une grossesse multiple (jumeaux, triplés...) :

10.AQ_FEMME_EnfMorne1an

Enfant 1

grossesse multiple : | 12.AQ_FEMME_EnfMorne2an | Enfant 2 | | grossesse multiple : |
| 14.AQ_FEMME_EnfMorne3an | Enfant 3 | | grossesse multiple : |
| 16.AQ_FEMME_EnfMorne4an | Enfant 4 | | grossesse multiple : |
 11.AQ_FEMME_EnfMorne1mult

 13.AQ_FEMME_EnfMorne2mult

 15.AQ_FEMME_EnfMorne3mult

 17.AQ_FEMME_EnfMorne4mult

V. MALADIES DES SEINS

24. Avez-vous déjà souffert d'une affection au(x) sein(s) ?

₁ Oui

₂ Non

1.AQ_FEMME_SeinAffect

➔ Si oui :

a) De quelle(s) affection(s) s'agissait-il ? (plusieurs réponses possibles)

2.AQ_FEMME_SeinKyst

₁ kyste(s) du sein

3.AQ_FEMME_SeinCalcif

₁ microcalcifications du sein

4.AQ_FEMME_SeinAdenofib

₁ adénofibrome du sein

5.AQ_FEMME_SeinFibroKyst

₁ maladie fibrokystique du sein

6.AQ_FEMME_SeinCancer

₁ cancer du sein

7.AQ_FEMME_SeinAutre

₁ autre maladie des seins, précisez :

8.AQ_FEMME_SeinAutrePs

9.AQ_FEMME_SeinNsp

₁ ne sait pas

b) Avez-vous **été opérée** ou avez-vous eu une **biopsie** d'un (des) sein(s) pour cette (ces) affection(s) ?

₁ Oui

₂ Non

10.AQ_FEMME_SeinOPer

➔ Si oui, en quelle(s) année(s) ? (si vous avez subi plusieurs interventions au niveau des seins, indiquez seulement les deux plus récentes)

A A A A

11.AQ_FEMME_SeinOPerAn1

année

A A A A

12.AQ_FEMME_SeinOPerAn2

année

25. Avez-vous déjà eu une intervention **esthétique** au niveau des **seins** ?

₁ Oui

₂ Non

13.AQ_FEMME_SeinEsth

➔ Si oui, en quelle(s) année(s) ? (si vous avez subi plusieurs interventions au niveau des seins, indiquez seulement les deux plus récentes)

A A A A

14.AQ_FEMME_SeinEsthAn1

année

A A A A

15.AQ_FEMME_SeinEsthAn2

année

VI. SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

26. Avez-vous déjà eu un ou plusieurs **frottis du col de l'utérus** (frottis cervico-vaginal pour le dépistage du cancer du col de l'utérus) ?

₁ Oui

₂ Non

1.AQ_FEMME_Frottis

➔ Si oui,

a) A quand remonte le **dernier** frottis ?

M M / A A A A

2.AQ_FEMME_FrottisDtDern

mois

année

b) Ce **dernier** frottis a-t-il été réalisé par :

₁ un médecin généraliste

3.AQ_FEMME_FrottisQui

₂ un gynécologue

₃ autre, précisez :

4.AQ_FEMME_FrottisQuiPs

27. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs **ostéodensitométries** (mesure de la masse osseuse) ?

₁ Oui

₂ Non

5.AQ_FEMME_Osteod

➔ Si oui, à quand remonte le **dernier** examen ?

M M / A A A A

6.AQ_FEMME_OsteodDtDern

mois

année

28. Avez-vous déjà eu une ou plusieurs **mammographies** (radiographie des seins) ?

₁ Oui

₂ Non

7.AQ_FEMME_Mammo

➔ Si oui :

a) A quand remonte le **dernier** examen ?

M M / A A A A

8.AQ_FEMME_MammoDtDern

mois

année

b) Cette **dernière** mammographie vous a-t-elle été prescrite :

₁ par invitation dans le cadre du **dépistage organisé** du cancer du sein

9.AQ_FEMME_MammoQui

₂ par votre médecin, en l'**absence de symptômes** particuliers (examen « de routine »)

₃ suite à la découverte d'une **anomalie au niveau du sein** (« boule », écoulement du mamelon, douleur, rougeur cutanée...) ou dans le cadre d'un **suivi** (cancer...)

c) Si cette dernière mammographie **n'a pas été réalisée** dans le cadre du **dépistage organisé**, vous a-t-elle été prescrite par :

₁ un médecin généraliste

10.AQ_FEMME_MammoQui2

₂ un gynécologue

₃ un autre médecin, précisez :

11.AQ_FEMME_MammoQui2Ps

VIII. AUTRES TRAITEMENTS GYNÉCOLOGIQUES

33. Actuellement, suivez-vous un traitement hormonal en rapport avec des problèmes gynécologiques, hors ménopause (par exemple pour douleurs aux seins, fibrome, ...)?

₁ Oui ₂ Non

➔ Si oui, précisez le nom du ou des médicaments, la chronologie de la prise par rapport au cycle menstruel, ainsi que la date de début de ce traitement :



NOM du Médicament	Chronologie	DATE de début
Exemple : SURGESTONE 500®	1 5 ^e au 2 5 ^e jour du cycle	1 0 / 1 2 / 1 9 8 jour mois année
<input type="text" value="2.AQ_FEMME_TGMedoc1"/>	<input type="text" value="3.AQ_FEMME_TGdu1"/> au <input type="text" value="4.AQ_FEMME_TGAu1"/> jour du cycle	J J / M M / A A A A A jour mois année
<input type="text" value="6.AQ_FEMME_TGMedoc2"/>	<input type="text" value="7.AQ_FEMME_TGdu2"/> au <input type="text" value="8.AQ_FEMME_TGAu2"/> jour du cycle	J J / M M / A A A A A jour mois année
<input type="text" value="10.AQ_FEMME_TGMedoc3"/>	<input type="text" value="11.AQ_FEMME_TGdu3"/> au <input type="text" value="12.AQ_FEMME_TGAu3"/> jour du cycle	J J / M M / A A A A A jour mois année

Merci de votre participation

Cohorte Constances – Unité Mixte Inserm-UVSQ « Cohortes épidémiologiques en population »
 Hôpital Paul Brousse – Bât. 15/16 - 16 avenue Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif Cedex
 Site Web : <http://www.constances.fr> – e-mail : constances@inserm.fr

