



Questionnaire En Ligne

(v.07 2013 10 24)

Table des matières

Directives pour remplir ce questionnaire.....	3
DONNÉES DEMOGRAPHIQUES.....	4
ORIGINE ETHNIQUE.....	4
LANGUE.....	5
EDUCATION.....	7
RÉSIDENCE.....	7
SITUATION PROFESSIONNELLE.....	8
REVENUE DU MÉNAGE.....	10
ORIENTATION SEXUELLE.....	11
ÉTAT DE SANTÉ.....	13
SANTÉ DES HOMMES.....	15
SANTÉ DES FEMMES.....	16
<i>SANTÉ DES FEMMES ENCEINTE.....</i>	<i>20</i>
<i>CONCEPTION DE GROSSESSE ACTUELLE.....</i>	<i>23</i>
<i>COURS DE GROSSESSE ACTUELLE.....</i>	<i>28</i>
SOMMEIL.....	29
LUMIÈRE DU SOLEIL.....	31
ALIMENTS CONSOMMÉS.....	32
CONSOMMATION DE L'ALCOOL.....	33
<i>CONSOMMATION DE L'ALCOOL PAR LES FEMMES ENCEINTE.....</i>	<i>36</i>
ACCÈS À DES AILMENTS NUTRITIFS.....	37
CONSOMMATION DE TABAC.....	39
AUTRES TYPES DE PRODUITS DE TABAC.....	42
FUMÉE DE TABAC SECONDAIRE.....	45
QUESTIONNAIRE SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE.....	47
QUESTIONNAIRE SUR LES TESTS DE DÉPISTAGE DU CANCER.....	52
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS.....	55
BIEN-ÊTRE EMOTIONNEL.....	69
DOULEUR ARTICULAIRES.....	69
QUALITÉ D'OUÏE.....	71
QUALITÉ DE VISION.....	73
SANTÉ BUCCALE.....	74
CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES.....	75
ORIGINE ETHNIQUE – FAMILLE.....	77
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX.....	81
MÉDICAMENTS PRESCRITS.....	99
MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES.....	102
QUESTIONNAIRE DE SORTIE.....	104

Directives pour remplir ce questionnaire

Nous vous remercions de votre participation à l'Étude sur la santé Ontario! Veuillez remplir le questionnaire suivant au cours des six prochaines semaines. Vous n'êtes pas obligé de compléter le questionnaire d'un seul coup. Vous pouvez vous interrompre, sauver ce que vous avez déjà fait et revenir au questionnaire en tout temps durant les six prochaines semaines. Vous ne perdrez aucun des renseignements que vous avez entrés.

Afin de pouvoir répondre à toutes les questions, y compris les questions facultatives, il serait utile si vous aviez sous la main :

- Le numéro d'identification du médicament (DIN) de tout médicament sur ordonnance que vous prenez en ce moment. Le DIN peut se trouver sur le contenant dans lequel est conservé votre médicament;
- Votre taille et votre poids actuels;
- La circonférence de votre taille et de vos hanches. Des instructions pour mesurer votre taille et vos hanches sont présentées plus loin dans le questionnaire.

Veuillez entrer une réponse à chaque question apparaissant à l'écran. S'il y a des questions auxquelles vous n'êtes pas à l'aise de répondre, veuillez choisir l'option "Préfère ne pas répondre".

Si vous n'êtes pas sûr/e de la façon de répondre à une question, sentez-vous libre de communiquer avec nous :

Appelez-nous au numéro sans frais au Canada : 1-866-606-0686

Faites-nous parvenir un courriel à : info@ontariohealthstudy.ca

Vous trouverez des réponses aux questions les plus fréquemment posées sur notre site web, à OntarioHealthStudy.ca/fr/faq

DONNÉES DEMOGRAPHIQUES

Parlez-nous de vous! Veuillez nous fournir quelques renseignements généraux sur vous-même. Cela nous aidera à comprendre l'état de santé des différents segments de notre collectivité partout en Ontario.

DE01. Quel âge avez-vous? _____ans

ORIGINE ETHNIQUE

Les gens qui vivent en Ontario ont des antécédents culturels et éducationnels très variés. Cela peut avoir un impact sur la santé et l'accès aux services de santé. Veuillez nous fournir quelques renseignements sur vos origines, les langues que vous parlez et vos antécédents scolaires.

EB01. Dans quel pays êtes-vous né/ e?

Canada → Passez à la question EB03

Chine

France

Allemagne

Grèce

Inde

République islamique d'Iran

Irlande

Italie

Jamaïque

République de Corée

Philippines

Pologne

Portugal

Fédération de Russie

Ukraine

Royaume-Uni

États-Unis

Vietnam

Autre pays – nom du pays : _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

IF YOU WERE BORN IN CANADA SKIP TO EB03

EB02. Quel âge aviez-vous lorsque vous êtes venu/e au Canada la première fois pour y vivre?

Âge lorsque vous êtes venu/e au Canada la première fois pour y vivre: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

EB03. Quelle est votre origine ethnique? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

- Autochtone (p. ex. Premières Nations, Métis, Inuit)
- Arabe (p. ex. originaire de l'Égypte, de l'Iraq, de la Jordanie, du Liban)
- Noir (originaire de l'Afrique ou des Caraïbes)
- Chinois
- Philippin
- Japonais
- Coréen
- Latino-Américain/Hispanique
- Asiatique du Sud (p. ex. originaire de l'Inde, du Sri Lanka, du Pakistan, du Bangladesh)
- Asiatique du Sud-Est (p. ex. originaire de la Malaisie, de l'Indonésie, du Vietnam, du Cambodge, du Laos)
- Asiatique de l'Ouest (p. ex. originaire de la Turquie, de l'Iran, de l'Afghanistan)
- Blanc (originaire de l'Europe)
- Autre groupe ethnique (non énuméré ci-dessus)
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

LANGUE

LS01. Quelle est la langue que vous avez apprise en premier à la maison, au cours de votre enfance, et que vous comprenez encore? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent si plus d'une langue a été apprise en même temps.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anglais | <input type="checkbox"/> Coréen |
| <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Mandarin |
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Norvégien |
| <input type="checkbox"/> Langue(s) autochtone(s) | <input type="checkbox"/> Polonais |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Portugais |
| <input type="checkbox"/> Cantonais | <input type="checkbox"/> Punjabi |
| <input type="checkbox"/> Danois | <input type="checkbox"/> Russe |
| <input type="checkbox"/> Hollandais | <input type="checkbox"/> Espagnol |
| <input type="checkbox"/> Parsi/Persan | <input type="checkbox"/> Suédois |
| <input type="checkbox"/> Finlandais | <input type="checkbox"/> Tagal/ Philippin |
| <input type="checkbox"/> Gaélique | <input type="checkbox"/> Tamoul |
| <input type="checkbox"/> Allemand | <input type="checkbox"/> Ukrainien |
| <input type="checkbox"/> Grec | <input type="checkbox"/> Urdu |
| <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Vietnamien |
| <input type="checkbox"/> Hongrois | <input type="checkbox"/> Gallois |
| <input type="checkbox"/> Islandais | <input type="checkbox"/> Autre → Veuillez préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |

LS02. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anglais | <input type="checkbox"/> Coréen |
| <input type="checkbox"/> Français | <input type="checkbox"/> Mandarin |
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Norvégien |
| <input type="checkbox"/> Langue(s) autochtone(s) | <input type="checkbox"/> Polonais |
| <input type="checkbox"/> Bengali | <input type="checkbox"/> Portugais |
| <input type="checkbox"/> Cantonais | <input type="checkbox"/> Punjabi |
| <input type="checkbox"/> Danois | <input type="checkbox"/> Russe |
| <input type="checkbox"/> Hollandais | <input type="checkbox"/> Espagnol |
| <input type="checkbox"/> Parsi/ Persan | <input type="checkbox"/> Suédois |
| <input type="checkbox"/> Finlandais | <input type="checkbox"/> Tagal/ Philippin |
| <input type="checkbox"/> Gaélique | <input type="checkbox"/> Tamoul |
| <input type="checkbox"/> Allemand | <input type="checkbox"/> Ukrainien |
| <input type="checkbox"/> Grec | <input type="checkbox"/> Urdu |
| <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Vietnamien |
| <input type="checkbox"/> Hongrois | <input type="checkbox"/> Gallois |
| <input type="checkbox"/> Islandais | <input type="checkbox"/> Autre → Veuillez préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Italien | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre |

LS03. Dans quelle mesure parlez-vous et comprenez-vous bien l'anglais?

- Très bien
- Bien
- Pas très bien
- Pas de tout
- Préfère ne pas répondre

LS04. Dans quelle mesure parlez-vous et comprenez-vous bien le français?

- Très bien
- Bien
- Pas très bien
- Pas de tout
- Préfère ne pas répondre

LS05. Si disponible, dans quelle langue officielle préférez-vous recevoir des services de santé?

- Anglais
- Français
- Préfère ne pas répondre

EDUCATION

EL01. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété?

École élémentaire

École secondaire

École de métiers, école technique ou professionnelle, formation d'apprenti ou CEGEP technique

Diplôme d'un collège communautaire ou d'un CEGEP pré-universitaire ou certificat non-universitaire

Certificat universitaire sous le niveau du baccalauréat

Baccalauréat

Diplôme d'études supérieures (MSc., MBA., MD, PhD, etc.)

Aucun → Passez à la question RE01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question RE01

EL02. À quel âge avez-vous complété ce niveau de scolarité?

Âge auquel vous avez complété ce niveau de scolarité: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

RÉSIDENCE

L'endroit où vivent les gens a une influence sur leur exposition à la pollution environnementale et sonore. Puisqu'il s'agit d'une question très importante, nous vous demanderons des renseignements plus détaillés à ce sujet dans un questionnaire de suivi. Nous ne vous poserons que quelques questions élémentaires aujourd'hui.

RE01. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre dans la résidence où vous habitez actuellement?

Âge lorsque vous avez commencé à vivre à l'adresse où vous vivez actuellement: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

RE02. Est-ce que la résidence dans laquelle vous vivez actuellement est-celle dans laquelle vous avez vécu le plus longtemps, tout au long de votre vie jusqu'à aujourd'hui?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

SITUATION PROFESSIONNELLE

Différentes professions supposent différents modes de vie et expositions associées à la santé et à la maladie. Ces questions portent sur votre situation professionnelle actuelle. Étant donné l'importance de ce sujet, nous vous poserons des questions plus détaillées au sujet de vos antécédents professionnels dans des questionnaires futurs.

WS01. Lesquels des énoncés suivants décrivent le mieux votre situation d'emploi actuelle?
Temps plein signifie 30 heures ou plus par semaine. Temps partiel signifie moins de 30 heures par semaine.

- Employé(e)/travailleur (-euse) autonome à temps plein
- Employé(e)/travailleur (-euse) autonome à temps partiel

- Retraité(e)
- S'occupe de la maison et (ou) de la famille
- Incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une invalidité
- Sans emploi
- Effectue un travail non salarié ou bénévole
- Étudiant(e)
- Préfère ne pas répondre

PASSEZ À LA
QUESTION WS07

WS02. Quel est le titre de votre emploi principal actuel, c'est-à-dire l'emploi pour lequel vous travaillez le plus d'heures? Donnez une description aussi complète que possible (p. ex., commis de bureau, ouvrier en usine, technicien en foresterie).

- _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

WS03. Dans quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service travaillez-vous?

- _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

WS04. À quel âge avez-vous commencé à occuper votre poste actuel?

- Âge auquel vous avez commencé à occuper votre poste actuel: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

WS05. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre horaire de travail pour l'emploi que vous occupez actuellement? Quart de nuit signifie du travail effectué aux petites heures du matin, après minuit. Quart de soir signifie du travail effectué en soirée ou avant minuit.

Sélectionnez UNE seule réponse.

- Horaire ou quart de jour ordinaire
- Quart de soir ordinaire
- Quart de nuit ordinaire
- Quart rotatif, qui alterne entre jours et soirs ou nuits
- Quart fractionné, soit au moins deux périodes distinctes par jour
- Horaire irrégulier ou sur appel
- Autre veuillez préciser: _____
- Préfère ne pas répondre

WS06. Votre emploi actuel est-il celui que vous avez occupé le plus longtemps (le plus grand nombre d'années)?

- Oui →Passez à la question HI01
- Non
- Préfère ne pas répondre

WS07. Quel était le titre du poste principal que vous avez occupé le plus longtemps, c'est-à-dire celui pour lequel vous avez travaillé le plus d'heures? Indiquez les postes que vous occupiez lorsque vous étiez employé par quelqu'un d'autre ou à titre de travailleur(-euse) autonome. Donnez une description aussi complète que possible (p. ex., commis de bureau, ouvrier en usine, technicien en foresterie).

- _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

WS08. Dans quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service avez-vous travaillé le plus longtemps (le plus grand nombre d'années)?

- _____
- Ne sais pas
- Je préfère ne pas répondre

WS09. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre horaire de travail pour l'emploi que vous avez occupé le plus longtemps? Quart de nuit signifie du travail effectué aux petites heures du matin, après minuit. Quart de soir signifie du travail effectué en soirée ou avant minuit.

Sélectionnez UNE seule réponse.

- Horaire ou quart de jour ordinaire
- Quart de soir ordinaire
- Quart de nuit ordinaire
- Quart rotatif, qui alterne entre jours et soirs ou nuits
- Quart fractionné, soit au moins deux périodes distinctes par jour
- Horaire irrégulier ou sur appel
- Autre- veuillez préciser: _____
- Je préfère ne pas répondre

REVENUE DU MÉNAGE

Les prochaines questions portent sur le revenu de votre ménage. Nous sommes conscient que le revenu de votre ménage est un sujet très personnel – l'ÉSO protégera la confidentialité de vos données par tous les moyens possibles. Les questions suivantes sont importantes parce qu'elles nous aideront à déterminer si l'Étude rejoint un large éventail de participants de l'Ontario. Le revenu est aussi un important déterminant de la santé et du bien-être en soi.

HI01. Quel a été le revenu total approximatif de votre ménage (toutes sources confondues) avant impôts l'année dernière? Veuillez inclure le revenu total incluant des salaires, des retraites et des prestations.

- Moins de 10 000 \$
- Entre 10 000 \$ et 24 999 \$
- Entre 25 000 \$ et 49 999 \$
- Entre 50 000 \$ et 74 999 \$
- Entre 75 000 \$ et 99 999 \$
- Entre 100 000 \$ et 149 999 \$
- Entre 150 000 \$ et 199 999 \$
- 200 000 \$ ou plus
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

HI02. Combien de personnes vivent de ce revenu, incluant le soutien de tout enfant, parent ou autres personnes qui habitent sous votre toit ou dans un autre domicile?

- Nombre de personnes: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

HI03. Combien d'adultes (âgés de 18 ans ou plus) y compris vous-même habitent actuellement sous votre toit?

- Nombre d'Adultes: _____
- Préfère ne pas répondre

HI04. Combien d'enfants (âgés de moins de 18 ans) habitent actuellement sous votre toit?

- Nombre d'Enfants: _____
- Préfère ne pas répondre

ORIENTATION SEXUELLE

Des données de recherche ont montré que l'orientation sexuelle et l'identité de genre sont pertinentes dans plusieurs domaines de la santé, notamment l'accès aux services de santé et aux tests de dépistage médicaux. Ces questions n'ont pas été abordées dans de nombreuses enquêtes sur la santé et, à l'instar de l'Étude sur la santé Ontario, vous avez maintenant l'occasion de contribuer à une meilleure compréhension du rôle de l'orientation sexuelle sur le plan de la santé.

SO01. Quel est votre sexe?

Homme → Passez à la question SO04

Femme

The following question will be asked only of women:

SO02. Êtes-vous actuellement enceinte?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PASSEZ À LA QUESTION SO04

SO03. Dans quelle semaine sommes-nous?

_____ semaines

SO04. Les résultats de la recherche ont montré que l'orientation sexuelle est pertinente à de nombreux aspects de la santé. Vous considérez-vous comme:

Hétérosexuel/le

Gai ou lesbienne

Bisexuel/le

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

SO05. Vous considérez-vous comme une personne trans (transgenre, transsexuelle ou avec des antécédents de transition sexuelle)?

Oui

Non → Passez à la question SO08

Ne sais pas → Passez à la question SO08

Préfère ne pas répondre → Passez à la question SO08

SO06. Quel sexe vous a-t-on assigné à la naissance?

Masculin

Féminin

Indéterminé

Préfère ne pas répondre

SO07. De quel sexe vous considérez-vous?

- Masculin ou principalement masculin
- Féminin ou principalement féminin
- À la fois homme et femme
- Ni masculin, ni féminin
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SO08. À quel sexe vous identifiez-vous dans votre vie quotidienne?

- Masculin
- Féminin
- Parfois masculin, parfois féminin
- Du troisième sexe, autre que le sexe masculin ou féminin
- Préfère ne pas répondre

SO09. Avez-vous subi l'un des traitements suivants ou l'une des opérations suivantes pour changer de sexe médicalement? (Cochez tous les choix qui s'appliquent)

- Hormonothérapie
- Enlèvement des poils (par électrolyse ou laser)
- Mastectomie ou reconstruction du torse (l'ablation des seins ou la construction d'un torse masculin)
- Augmentation mammaire (une opération visant à augmenter le volume des seins à l'aide d'implants)
- Hystérectomie (ablation de l'utérus)
- Ovariectomie (ablation des ovaires)
- Métoïdioplastie (une opération pour libérer le clitoris)
- Phalloplastie (fabrication d'un phallus)
- Orchidectomie (ablation des testicules)
- Vaginoplastie (fabrication d'un vagin)
- Aucun traitement ou opération
- Préfère ne pas répondre

ÉTAT DE SANTÉ

Ce qui nous garde en santé ou nous rend malade peut être complexe. Afin d'aider les chercheurs à répondre au plus grand nombre de questions de santé possible, nous nous intéressons à de nombreux aspects différents de votre santé.

HS01. Selon vous, êtes-vous gaucher(ère), droitier(ère) ou ambidextre?

Une personne ambidextre est capable d'utiliser les deux mains avec la même dextérité.

Gaucher(ère)

Droitier(ère)

Ambidextre

Préfère ne pas répondre

HS02. Comment qualifieriez-vous votre santé en général?

Excellente

Très bonne

Bonne

Acceptable

Médiocre

Préfère ne pas répondre

HS03. Comparativement à il y a an, comment diriez-vous que votre santé a évolué? Est-elle:

Bien meilleure qu'il y a an

Légèrement meilleure qu'il y a an

À peu près la même qu'il y a an

Légèrement moins bonne qu'il y a an

Beaucoup moins bonne qu'il y a un an

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

HS04. Quand avez-vous eu votre dernier examen médical de routine effectué par un médecin ou une infirmière? Un examen médical de routine est un examen physique qui comprend habituellement au moins une mesure de la pression sanguine et la mesure du poids et de la taille.

À moins de 6 mois

À entre 6 mois et moins de 1 an

À entre 1 an et moins de 2 ans

À entre 2 ans et moins de 3 ans

À 3 ans ou plus

Jamais

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

HS05. Quand avez-vous eu votre dernière visite chez un professionnel des soins dentaires, comme un dentiste ou un hygiéniste dentaire?

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

HS06. Êtes-vous capable de vous tenir debout sans assistance?

- Oui
- Non
- Préfère ne pas répondre

Si vous êtes actuellement enceinte repondez les questions suivant en suite des questions HS04 à HS05:

HS04p. Avant votre grossesse, quand avez-vous passé un examen médical de routine pour la dernière fois, effectué par un médecin ou une infirmière? Un examen médical est un examen physique qui comprend habituellement au moins la mesure de la tension artérielle, de la taille et du poids.

- À moins de 6 mois*
- À entre 6 mois et moins de 1 an*
- À entre 1 an et moins de 2 ans*
- À entre 2 ans et moins de 3 ans*
- À 3 ans ou plus*
- Jamais*
- Ne sais pas*
- Préfère ne pas répondre*

HS05p. Avant votre grossesse, à quand remontait votre dernière visite chez un professionnel dentaire, y compris un dentiste ou un hygiéniste?

- À moins de 6 mois*
- À entre 6 mois et moins de 1 an*
- À entre 1 an et moins de 2 ans*
- À entre 2 ans et moins de 3 ans*
- À 3 ans ou plus*
- Jamais*
- Ne sais pas*
- Préfère ne pas répondre*

SI VOUS ÊTES UNE FEMME, PASSEZ À LA QUESTION WH1

SANTÉ DES HOMMES

Note: Transgendered women whose assigned sex at birth was male will complete these questions.

Maintenant, nous aimerions vous poser quelques questions générales au sujet de vos antécédents reproductifs.

MN01. De combien d'enfants êtes-vous le père biologique (naissances vivantes seulement)?

Nombre d'enfants: _____

Aucun/e

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

MN02. Avez-vous adopté un ou plusieurs enfants?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

MN03. Avez-vous déjà subi une vasectomie?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

MN04. Avez-vous eu une relation sexuelle avec une femme au cours des 12 derniers mois?

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

MN05. Avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois?

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

SI VOUS ÊTES UN HOMME, PASSEZ À LA QUESTION SP01

SANTÉ DES FEMMES

Note: Transgender men whose assigned sex at birth was female will complete these questions.

Maintenant, nous aimerions vous poser quelques questions générales au sujet de la santé des femmes et de vos antécédents reproductifs.

WH01. À quel âge vos menstruations ont-elles débuté?

Âge lors des premières règles: _____

N'ai jamais eu de règles

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH02. Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs hormonaux pour une raison quelconque? Les contraceptifs hormonaux comprennent les pilules contraceptives, les implants, les timbres, les injections et les anneaux contraceptifs ou les dispositifs intra-utérins qui libèrent des hormones femelles.

Oui, je prends actuellement des contraceptifs hormonaux

Oui, j'ai utilisé des contraceptifs hormonaux dans le passé

Non → Passez à la question WH05

Ne sais pas → Passez à la question WH05

Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH05

WH03. À quel âge avez-vous commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux?

Âge auquel vous avez commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH04. Au total, depuis combien d'années ou de mois avez-vous utilisé ou utilisez-vous des contraceptifs hormonaux? Additionnez toutes les années ou tous les mois pendant lesquels vous avez utilisé des contraceptifs, même si vous avez arrêté et recommencé à plusieurs reprises.

Années: _____

Mois: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH05. Combien de fois avez-vous été enceinte, y compris les naissances vivantes, les mortinaissances, les fausses couches et les avortements thérapeutiques?

Ne comptez pas votre grossesse actuelle, mais comptez les jumeaux et les autres naissances multiples comme une grossesse.

Nombre de grossesses: _____

Jamais été enceinte → Passez à la question WH14

Ne sais pas → Passez à la question WH14

Je préfère ne pas répondre → Passez à la question WH14

Le questionnaire en ligne posera les questions suivantes pour chaque grossesse selon le nombre de grossesses déclarées.

	Prompt for each pregnancy reported in WH05
WH06. À quel âge avez-vous eu cette grossesse?	<input type="checkbox"/> Âge en années: _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH07. Combien de semaines la grossesse a-t-elle duré?	<input type="checkbox"/> Nombre de semaines: _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH08. Étiez-vous enceinte de jumeaux ou de fœtus multiples?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH09. Combien d'enfants avez-vous portés?	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
Les prochaines questions seront posées pour chaque bébé	
WH10. Quel a été le résultat de cette grossesse?	<input type="checkbox"/> Naissance vivante <input type="checkbox"/> Fausse-couche → Passez à la question WH14 <input type="checkbox"/> Interruption de la grossesse ou avortement thérapeutique → Passez à la question WH14 <input type="checkbox"/> Mort-né/e → Passez à la question WH14 <input type="checkbox"/> Autre veuillez préciser : _____ → Passez à la question WH14 <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH14
WH11. Quel était le poids à la naissance?	<input type="checkbox"/> _____ grammes <input type="checkbox"/> _____ Livres et _____ onces <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH12. Quel était le sexe de ce bébé?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH13. Avez-vous allaité ce bébé?	<input type="checkbox"/> Oui, j'ai allaité ce bébé Si oui, _____ nombre de mois ou ____ de semaines <input type="checkbox"/> Oui, j'allaité toujours ce bébé Si oui, _____ nombre de mois ou ____ de semaines <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

WH14. Avez-vous déjà suivi un traitement hormonal de fertilité pour vous aider à tomber enceinte?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH15. Avez-vous adopté un/des enfant/s?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH16. Avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois?

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

WH17. Avez-vous eu une relation sexuelle avec une femme au cours des 12 derniers mois?

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

WH18. Avez-vous atteint la ménopause, c'est-à-dire que vos menstruations ont cessé depuis au moins un an et n'ont pas repris?

Oui, ménopause naturelle

Oui, autres raisons (chirurgie, chimiothérapie, médicament)

Non → passez à la question WH20

Ne sais pas → passez à la question WH20

Préfère ne pas répondre → passez à la question WH20

WH19. À quel âge vos menstruations ont-elles cessé pendant au moins un an et n'ont pas repris?

Âge auquel les menstruations ont cessé: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH20. Avez-vous déjà reçu un traitement hormonal de substitution (THS) pour une raison quelconque?

Un traitement hormonal de substitution comprend la progestérone et/ou l'estrogène. Il englobe toutes les formes telles que les timbres, les bagues, les crèmes et les autres traitements topiques prescrits par un médecin.

Il ne comprend pas le traitement pour l'hormone thyroïdienne ou les contraceptifs hormonaux, ni les autres traitements 'naturels' que l'on peut obtenir en vente libre.

Oui, je suis actuellement une THS

Oui, j'ai suivi un THS dans le passé

Non → Passez à la question WH23

Ne sais pas → Passez à la question WH23

Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH23

WH21. À quel âge avez-vous commencé à recevoir un traitement hormonal de substitution?

Âge auquel vous avez commencé à recevoir un traitement hormonal de substitution: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH22. Au total, pendant combien d'années ou de mois avez-vous reçu, ou depuis combien de temps recevez-vous un traitement hormonal de substitution? Additionnez toutes les périodes durant lesquelles vous avez reçu un traitement hormonal de substitution, même si vous avez commencé et arrêté plusieurs fois.

Années: _____

Mois: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH23. Avez-vous déjà subi une hystérectomie (une opération visant à enlever l'utérus ou de la matrice)?

Oui

Non → Passez à la question WH25

Ne sais pas → Passez à la question WH25

Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH25

WH24. À quel âge avez-vous subi une hystérectomie?

Âge auquel vous avez subi une hystérectomie: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH25. Avez-vous déjà subi une opération pour vous faire enlever les ovaires?

Oui

Non → Passez à la question WH29

Ne sais pas → Passez à la question WH29

Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH29

WH26. Vous a-t-on enlevé un des ovaires ou les deux ovaires?

Les deux

Un → Passez à la question WH29

Ne sais pas → Passez à la question WH29

Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH29

WH27. Vos deux ovaires ont-ils été enlevés en même temps?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH28. À quel âge avez-vous subi votre dernière chirurgie?

Âge à la dernière chirurgie: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH29. Avez-vous déjà subi une ligature des trompes (vos trompes ont-elles été ligaturées)?

oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

SANTÉ DES FEMMES ENCEINTE

Maintenant, nous aimerions vous poser quelques questions générales au sujet de la santé des femmes et de vos antécédents reproductifs.

WH01. À quel âge vos menstruations ont-elles débuté?

Âge lors des premières règles: _____

N'ai jamais eu de règles

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH02. Avez-vous déjà utilisé des contraceptifs hormonaux pour une raison quelconque? Les contraceptifs hormonaux comprennent les pilules contraceptives, les implants, les timbres, les injections et les anneaux contraceptifs ou les dispositifs intra-utérins qui libèrent des hormones femelles.

Oui, j'utilise actuellement des contraceptifs hormonaux

Oui, j'ai utilisé des contraceptifs hormonaux dans le passé

Non → Passez à la question WH05

Ne sais pas → Passez à la question WH05

Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH05

WH03. À quel âge avez-vous commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux?

Âge auquel vous avez commencé à utiliser des contraceptifs hormonaux: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH04. Au total, depuis combien d'années ou de mois avez-vous utilisé ou utilisez-vous des contraceptifs hormonaux? Additionnez toutes les années ou tous les mois pendant lesquels vous avez utilisé des contraceptifs, même si vous avez arrêté et recommencé à plusieurs reprises.

Années: _____

Mois: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH05. Combien de fois avez-vous été enceinte, y compris les naissances vivantes, les mortinaissances, les fausses couches et les avortements thérapeutiques?

Ne comptez pas votre grossesse actuelle, mais compter les jumeaux et les autres naissances multiples comme une grossesse.

Nombre de grossesses: _____

Jamais été enceinte → Passez à la question WH14

Ne sais pas → Passez à la question WH14

Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH14

Le questionnaire en ligne posera les questions suivantes pour chaque grossesse selon le nombre de grossesses déclarées.

	Prompt for each pregnancy reported in WH05
WH06. À quel âge avez-vous eu cette grossesse?	<input type="checkbox"/> Âge en années: _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH07. Combien de semaines la grossesse a-t-elle duré?	<input type="checkbox"/> Nombre de semaines: _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH08. Étiez-vous enceinte de jumeaux ou de fœtus multiples?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH09. Combien d'enfants avez-vous portés?	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
<i>Les prochaines questions seront posées pour chaque bébé</i>	
WH10. Quel a été le résultat de cette grossesse?	<input type="checkbox"/> Naissance vivante <input type="checkbox"/> Fausse-couche → Passez à la question WH14 <input type="checkbox"/> Interruption de la grossesse ou avortement thérapeutique → Passez à la question WH14 <input type="checkbox"/> Mort-né/e → Passez à la question WH14 <input type="checkbox"/> Autre (Préciser : _____) → Passez à la question WH14 <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH14
WH11. Quel était le poids à la	<input type="checkbox"/> _____ grammes

naissance? Veuillez répondre à la question en utilisant grammes ou livres et onces.	<input type="checkbox"/> _____ livres et _____ onces <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH12. Quel était le sexe de ce bébé?	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
WH13. Avez-vous allaité ce bébé?	<input type="checkbox"/> Oui, j'ai allaité ce bébé Si oui, _____ nombre de mois ou ____ de semaines <input type="checkbox"/> Oui, j'allaité toujours ce bébé Si oui, _____ nombre de mois ou ____ de semaines <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

WH14. Avez-vous déjà suivi un traitement hormonal de fertilité pour vous aider à tomber enceinte?

- Oui
 Non
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

WH15. Avez-vous adopté un/des enfant(s)?

- Oui
 Non
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

WH16. Avez-vous eu une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 derniers mois?

- Oui
 Non
 Préfère ne pas répondre

WH17. Avez-vous eu une relation sexuelle avec une femme au cours des 12 derniers mois?

- Oui
 Non
 Préfère ne pas répondre

WH18. Avez-vous déjà subi une opération pour vous faire enlever les ovaires?

- Oui
 Non → Passez à la question WH29
 Ne sais pas → Passez à la question WH29
 Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH29

WH19. Vous a-t-on enlevé un des ovaires ou les deux ovaires?

Les deux

Un → Passez à la question WH29

Ne sais pas → Passez à la question WH29

Préfère ne pas répondre → Passez à la question WH29

WH20. Vos deux ovaires ont-ils été enlevés en même temps?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH21. À quel âge avez-vous subi votre dernière chirurgie?

Âge à la dernière chirurgie: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

WH22. Avez-vous déjà subi une ligature des trompes (vos trompes ont-elles été ligaturées)?

oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CONCEPTION DE GROSSESSE ACTUELLE

Les questions suivantes portent sur la conception ayant mené à votre grossesse actuelle.

CP01. Quel a été le premier jour de vos dernières menstruations?

 Jour Mois Anné

CP02. Vous étiez enceinte depuis combien de semaines environ lorsque vous l'avez d'abord appris? Par exemple, lorsque vous n'avez pas eu de menstruations, vous étiez enceinte depuis environ quatre semaines.

Nombre de semaines: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CP03. Au moment où vous êtes devenue enceinte de ce bébé, vouliez-vous:

Tomber enceinte

Attendre à plus tard → Passez à la question CP05

- Ne pas tomber enceinte → Passez à la question CP05
- J'étais indifférente → Passez à la question CP05
- Ne sais pas → Passez à la question CP05
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question CP05

CP04. Depuis combien de temps tentiez-vous de devenir enceinte?

- Mois: _____
- Préfère ne pas répondre

CP05. Prévoyez-vous élever cet enfant comme le vôtre?

- Oui → Passez à la question CP07
- Non
- Ne sais pas → Passez à la question CP07
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question CP07

CP06. Pouvez-vous expliquer pourquoi?

- Je suis une mère porteuse du bébé de quelqu'un d'autre
- J'ai choisi/envisagé l'adoption
- Autres
- Préfère ne pas répondre

CP07. Avez-vous ou votre partenaire a-t-il consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour parler des moyens qui pourraient vous aider à devenir enceinte?

- Oui
- Non → Passez à la question MH01
- Préfère ne pas répondre

CP08. Avez-vous subi une chirurgie pour vous aider à devenir enceinte?

- Oui, une chirurgie pour corriger des trompes obstruées
- Oui, un autre type de chirurgie → Veuillez préciser: _____
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

CP09. Avez-vous eu recours à la fécondation in vitro (FIV) ou à l'insémination artificielle pour vous aider à devenir enceinte?

- Oui, j'ai eu recours à la fécondation in vitro (FIV) (implantation d'un embryon)
- Oui, j'ai eu recours à l'insémination artificielle (implantation de sperme seulement) → Passez à la question CP16
- Non → Passez à la question CP19
- Ne sais pas → Passez à la question CP19
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question CP19

CP10. En combinaison avec la FIV, preniez-vous aussi du Lupron, du Suprefact, du Ganerelix (antagoniste) ou du Cetrotex (cetrorelix) (médicaments qui empêchent les ovules de descendre trop tôt)?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CP11. Lors d'une fécondation in vitro, on utilise parfois l'ovule d'une donneuse. A-t-on utilisé l'ovule d'une donneuse lors de votre fécondation in vitro?

Oui

Non → Passez à la question CP13

Ne sais pas → Passez à la question CP13

Préfère ne pas répondre → Passez à la question CP13

CP12. Qui a donné l'ovule?

Une personne apparentée avec qui vous avez un lien biologique

Une personne apparentée avec qui vous n'avez pas de lien biologique

Une amie

Une donneuse anonyme

Une autre personne

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CP13. Plusieurs techniques sont employées pour augmenter le taux de réussite de la fécondation in vitro. Parmi les techniques suivantes, lesquelles ont été employées pour votre fécondation in vitro? (Cochez toutes celles qui s'appliquent)

Aucune technique supplémentaire n'a été employée

Injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (IICS)

Éclosion assistée

Culture de blastocyste

Co-culture d'embryon

Injection de spermatide nucléaire rond (ROSNI)

Transfert cytoplasmique

Diagnostic génétique préimplantatoire (DGP)

Autre

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CP14. Combien d'embryons ont été implantés durant la procédure de fécondation in vitro?

Nombre d'embryons: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CP15. Parfois, les embryons créés durant la fécondation in vitro sont gelés afin de pouvoir être implantés plus tard lorsque le couple est prêt à avoir un autre bébé. Est-ce qu'un embryon préalablement gelé a été utilisé pour vous aider à devenir enceinte pour ce qui est de votre grossesse actuelle?

- Oui
 Non
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

CP16. A-t-on utilisé du sperme provenant de votre mari ou partenaire seulement, d'un autre donneur seulement, ou des deux sources?

- Mari ou partenaire seulement
 Donneur seulement
 Les deux sources: mari/partenaire et donneur
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

CP17. Avez-vous déjà subi ce traitement?

- Oui → combien du fois: _____
 Non → Passez à la question CP19
 Préfère ne pas répondre

CP18. Cela a-t-il déjà abouti à une naissance vivante?

- Oui
 Non
 Préfère ne pas répondre

CP19. Avez-vous pris des médicaments (injections ou pilules) pour vous aider à devenir enceinte?

- Oui
 Non → Passez à la question CP23
 Ne sais pas → Passez à la question CP23
 Préfère ne pas répondre → Passez à la question CP23

CP20. Quel(s) médicament(s) parmi ceux énumérés ci-dessous avez-vous utilisé pour améliorer votre fertilité? (Cochez toutes celles qui s'appliquent)

	Médicament(s) utilisé	Nombre de mois
<i>Clomifène (Noms de marques: Clomid, Serophene)</i>	<input type="checkbox"/>	_____ mois
<i>Gonadotrophine (Noms de marques: Pergonal, Reprone, Pregnyl, Profasi, Puregon, Menopur, Novarel, Ovidrel, Metrodin)</i>	<input type="checkbox"/>	_____ mois
<i>Hormone folliculostimulante (FSH) (Noms de</i>	<input type="checkbox"/>	_____ mois

marques: Follistim, Fertinex, Metrodin, Bravelle et Gonal-F)		
Bromocriptine (Nom de marque: Parlodel)	<input type="checkbox"/>	_____ mois
Injections de hCG (gonadotrophine chorionique humaine)	<input type="checkbox"/>	_____ mois
GHM (gonadotrophine humaine de ménopause)	<input type="checkbox"/>	_____ mois
Autre médicament, veuillez préciser: _____	<input type="checkbox"/>	_____ mois
Aucun/ne	<input type="checkbox"/>	_____ mois
Ne sais pas	<input type="checkbox"/>	
Préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/>	

CP21. Avant votre grossesse actuelle, aviez-vous auparavant pris l'un de ces médicaments?

Oui

Non → Passez à la question CP23

Préfère ne pas répondre → Passez à la question CP23

CP22. Cela a-t-il abouti à une naissance vivante?

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

CP23. Le père biologique a-t-il pris des médicaments pour aider à améliorer sa fertilité pour cette grossesse?

Oui

Non → Passez à la question CP27

Ne sais pas → Passez à la question CP27

Préfère ne pas répondre → Passez à la question CP27

CP24. Quels médicaments avez-vous pris?

Nom du médicament: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CP25. Pendant combien de temps a-t-il pris ces médicaments?

Mois: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CP26. Avez-vous reçu d'autres services ou traitements pour vous aider à devenir enceinte?

Oui, conseils seulement

Oui, autre forme d'aide médicale, veuillez préciser: _____

Non

Préfère ne pas répondre

CP27. Après avoir suivi le traitement, combien de temps s'est écoulé avant que vous ne deveniez enceinte?

Semaines: _____

Mois: _____

Préfère ne pas répondre

CP28. Combien d'argent avez-vous dépensé en traitements de fertilité liés à la présente grossesse?

Dollars Canadiens: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CP29. Si l'on considère toutes vos grossesses, combien d'argent avez-vous dépensé au total en traitements de fertilité?

Dollars Canadiens: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

COURS DE GROSSESSE ACTUELLE

Les prochaines questions portent sur votre santé au cours de votre grossesse actuelle.

MH01. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous eu des saignements vaginaux?

Oui

Non → Passez à la question MH03

Ne sais pas → Passez à la question MH03

Préfère ne pas répondre → Passez à la question MH03

MH02. À quelle fréquence avez-vous eu des saignements durant cette grossesse?

5 fois ou plus par semaine

2 à 4 fois par semaine

Une fois par semaine

1 à 3 fois par mois

Moins d'une fois par mois

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

MH03. Depuis que vous êtes devenue enceinte, avez-vous eu la nausée?

Oui

Non → Passez à la question MH05

Ne sais pas → Passez à la question MH05

Préfère ne pas répondre → Passez à la question MH05

MH04. À quelle fréquence avez-vous eu la nausée?

- 5 fois ou plus par semaine
- 2 à 4 fois par semaine
- Une fois par semaine
- 1 à 3 fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

MH05. Depuis que vous êtes devenue enceinte, avez-vous eu les pieds ou les mains enflés?

- Oui
- Non → Passez à la question SP01
- Ne sais pas → Passez à la question SP01
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question SP01

MH06. À quelle fréquence avez-vous eu les mains ou les pieds enflés?

- 5 fois ou plus par semaine
- 2 à 4 fois par semaine
- Une fois par semaine
- 1 à 3 fois par mois
- Moins d'une fois par mois
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SOMMEIL

Un sommeil de bonne qualité est un élément critique pour demeurer en santé. Les troubles du sommeil deviennent plus fréquents au sein de la population canadienne. Ils sont aussi étroitement liés à de nombreuses autres maladies chroniques. Les prochaines questions portent sur votre comportement en ce qui a trait au sommeil.

SP01. En moyenne, combien d'heures dormez-vous habituellement dans une journée, y compris les siestes? Une journée équivaut à une période de 24 heures. Pensez à la quantité totale de sommeil (y compris les siestes) que vous obtenez dans une période de 24 heures.

- Heures par jour: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SP01p. Au cours des trois mois ayant précédé votre grossesse, en moyenne combien d'heures avez-vous dormi habituellement par jour, y compris les siestes? Un jour correspond à une période de 24 heures. Pensez à la quantité totale de sommeil (y compris toute sieste) que vous avez obtenue pendant une période de 24 heures.

- Heures par jour: _____

- Ne sais pas*
- Préfère ne pas répondre*

SP02. Avez-vous souvent de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e)?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Tout le temps
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SP02p. Au cours des trois mois ayant précédé votre grossesse, à quelle fréquence avez-vous eu de la difficulté à trouver le sommeil ou à demeurer endormie?

- Jamais
- Une partie du temps
- De temps à autre
- La plupart du temps
- Tout le temps
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SP03. En moyenne, quelle quantité de lumière entre dans votre chambre pendant que vous dormez?

- Pratiquement aucune lumière
- Un peu de lumière
- Beaucoup de lumière
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SP04. Vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SP04p. Au cours des trois mois ayant précédé votre grossesse, quelqu'un vous a-t-il dit que vous ronfliez?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SP05. Quelqu'un a-t-il remarqué que vous cessiez ou arrêtiez de respirer dans votre sommeil?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SP05p. Au cours des trois mois ayant précédé votre grossesse, quelqu'un a-t-il remarqué que vous cessiez ou arrêtiez de respirer dans votre sommeil?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

LUMIÈRE DU SOLEIL

L'exposition à la lumière du soleil et l'utilisation de matériel de bronzage artificiel ont été associés à l'apparition du cancer de la peau et d'autres affections. Les questions suivantes portent sur votre exposition aux rayons ultraviolets.

SU01. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous utilisé de l'équipement de bronzage artificiel, comme un lit de bronzage, une lampe solaire ou une lampe de bronzage, pour une raison quelconque, y compris des raisons médicales?

- Jamais
- Entre 1 et 4 fois
- Entre 5 et 9 fois
- Entre 10 et 14 fois
- Entre 15 et 19 fois
- Entre 20 et 24 fois
- 25 fois ou plus
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

SU02. Après avoir passé plusieurs mois sans vous être exposé au soleil, si vous vous exposez au soleil au milieu de la journée pendant l'été sans porter d'écran solaire ou de vêtements protecteurs pendant une heure, comment réagirait votre peau? Si vous ne vous exposez jamais au soleil, tâchez d'imaginer ce qui arriverait à votre peau si vous vous y exposez.

- Un coup de soleil grave, avec cloques
- Un coup de soleil douloureux pendant quelques jours et la peau qui pèle ensuite
- Un léger coup de soleil et la peau qui bronze ensuite
- Peau bronzée sans coup de soleil
- Aucun changement
- Autre
- Je préfère ne pas répondre

SU03. Quelle est la couleur naturelle de vos cheveux? Si vous avez maintenant les cheveux gris, veuillez indiquer la couleur de vos cheveux avant qu'ils ne deviennent gris. Choisissez UNE seule couleur.

- Blond
- Roux
- Brun clair
- Brun foncé
- Noir
- Je préfère ne pas répondre

SU04. Quelle est la couleur naturelle de vos yeux? Choisissez UNE seule couleur.

- Ambré
- Bleu
- Brun
- Gris
- Vert
- Noisette
- Préfère ne pas répondre

ALIMENTS CONSOMMÉS

Les prochaines questions portent sur les aliments et l'alcool que vous consommez habituellement au cours d'une journée. Étant donné que l'alimentation et la consommation d'alcool sont des facteurs très importants qui influent sur de nombreux autres aspects de la santé et de la maladie, nous vous poserons d'autres questions sur ces aspects dans des questionnaires futurs. Aujourd'hui, nous vous poserons seulement quelques questions élémentaires.

FC01. Dans une journée ordinaire, combien de portions de légumes mangez-vous au total? Une portion de légumes frais, congelés, en conserve ou cuits équivaut à environ 1/2 tasse ou 125 ml.

- Nombre de portions par jour : _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

FC02. Dans une journée ordinaire, combien de portions de fruits (n'incluant pas les jus de fruits) mangez-vous au total? Une portion équivaut à environ 1/2 tasse ou 125 ml de fruits frais, congelés ou en conserve.

- Nombre de portions par jour: _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

FC03. Dans une journée ordinaire, combien de portions de jus de fruits ou de légumes purs à 100 % consommez-vous au total?

Les mélanges de jus de fruits et légumes sont compris, mais non les boissons ou les cocktails de fruits. Une portion de jus de fruits ou de légumes équivaut à environ 1/2 tasse ou 125 ml.

Nombre de portions par jour: _____

Aucun/e

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FC04. Prenez-vous l'un des types de fibres ou de suppléments de fibres suivants de façon régulière (plus d'une fois par semaine)?

Non

Oui, des produits à base de psyllium (comme Metamucil, Prodiem, Correctol)

Oui, des produits à base de son (comme les céréales de son)

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CONSOMMATION DE L'ALCOOL

AU01. Avez-vous déjà consommé de l'alcool?

Oui

Non → Passez à la question FS01

Ne sais pas → Passez à la question FS01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question FS01

AU02. Au cours de la dernière année, quelle a été votre consommation approximative d'alcool?

Entre 6 à 7 fois par semaine

Entre 4 à 5 fois par semaine

Entre 2 à 3 fois par semaine

Une fois par semaine

Entre 2 à 3 fois par mois → Homme : Passez à la question AU06; Femme: Passez à la question AU07

Environ une fois par mois → Homme : Passez à la question AU06; Femme: Passez à la question AU07

Moins d'une fois par mois → Homme : Passez à la question AU06; Femme: Passez à la question AU07

Jamais → Passez à la question FS01

Ne sais pas → Passez à la question FS01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question FS01

AU03. Au cours de l'an dernier, la quantité d'alcool que vous buvez a-t-elle changé?

- Oui, j'ai réduit la quantité d'alcool que je bois
- Oui, la quantité d'alcool que je bois a augmenté
- Non, je bois à peu près la même quantité qu'il y a un an
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

En moyenne, combien de verres d'alcool consommez-vous au cours d'une semaine ordinaire?

AU04. *Une consommation standard signifie un verre de vin ou un cooler de vin (142 ml, 5 onces), une bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière en fût (341 ml, 12 onces), ou une consommation nature ou un mélange contenant 1,5 once (43ml) de boisson fortement alcoolisée.*

Si vous ne buvez aucun type d'alcool, veuillez choisir « Aucun ».

Vin rouge

- Consommations par semaine: _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Vin Blanc

- Consommations par semaine: _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Bière

- Consommations par semaine: _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Alcool/spiritueux

- Consommations par semaine: _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Autre type d'alcool

- Consommations par semaine: _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

AU05. Durant une semaine habituelle, buvez-vous de l'alcool principalement au cours du week-end (ou les jours où vous ne travaillez pas)?

Oui

Non

Préfère ne pas répondre

HOMMES SEULEMENT. SI VOUS ÊTES UNE FEMME, PASSEZ À LA QUESTION AU07

AU06. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé au moins cinq verres d'alcool lors d'une même rencontre ou occasion?

Entre 6 et 7 fois par semaine

Entre 4 et 5 fois par semaine

Entre 2 et 3 fois par semaine

Une fois par semaine

Entre 2 et 3 fois par mois

Environ une fois par mois

Entre 6 et 11 fois par an

Entre 1 et 5 fois par an

Jamais

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

FEMMES SEULEMENT. SI VOUS ÊTES UN HOMME, PASSEZ À LA QUESTION FS01

AU07. Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé au moins quatre verres d'alcool lors d'une même rencontre ou occasion?

Entre 6 et 7 fois par semaine

Entre 4 et 5 fois par semaine

Entre 2 et 3 fois par semaine

Une fois par semaine

Entre 2 et 3 fois par mois

Environ une fois par mois

Entre 6 et 11 fois par an

Entre 1 et 5 fois par an

Jamais

Ne sais pas

Je préfère ne pas répondre

CONSOMMATION DE L'ALCOOL PAR LES FEMMES ENCEINTE

Note: Pregnant women will answer the following questions instead of the questions above

AU01. Avez-vous déjà consommé de l'alcool?

Oui

Non → Passez à la question FS01

Ne sais pas → Passez à la question FS01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question FS01

	Les 12 mois précédant votre grossesse.	Durant la grossesse
AU02. à quelle fréquence avez-vous bu de l'alcool?	<input type="checkbox"/> Entre 6 et 7 fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 4 et 5 fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 fois par mois → Passez à la question AU05 <input type="checkbox"/> Environ une fois par mois → Passez à la question AU05 <input type="checkbox"/> Entre 6 et 11 fois par an → Passez à la question AU05 <input type="checkbox"/> Entre 1 et 5 fois par an → Passez à la question AU05 <input type="checkbox"/> Jamais → Passez à la question FS01 <input type="checkbox"/> Ne sais pas → Passez à la question FS01 <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre → Passez à la question FS01	<input type="checkbox"/> Entre 6 et 7 fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 4 et 5 fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 fois par mois → Passez à la question AU05 <input type="checkbox"/> Environ une fois par mois → Passez à la question AU05 <input type="checkbox"/> Entre 6 et 11 fois par an → Passez à la question AU05 <input type="checkbox"/> Entre 1 et 5 fois par an → Passez à la question AU05 <input type="checkbox"/> Jamais → Passez à la question FS01 <input type="checkbox"/> Ne sais pas → Passez à la question FS01 <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre → Passez à la question FS01
AU03. En moyenne combien de verres d'alcool avez-vous bus au cours d'une semaine habituelle? Une consommation standard signifie un verre de vin ou un cooler de vin (142 ml, 5 onces), une bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière en fût (341 ml, 12 onces), ou une consommation nature ou un mélange contenant 1,5 once (43ml) de	Vin rouge <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Vin Blanc <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Bière <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	Vin rouge <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Vin Blanc <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Bière <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

boisson fortement alcoolisée.	Alcool/spiritueux <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Autre type d'alcool <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	Alcool/spiritueux <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre Autre type d'alcool <input type="checkbox"/> Consommations par semaine: _____ <input type="checkbox"/> Aucun/e <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
AU04. Avez-vous bu de l'alcool principalement le week-end (ou les jours où vous ne travailliez pas) au cours d'une semaine habituelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre
AU05. À quelle fréquence avez-vous bu quatre consommations ou plus lors du même événement ou de la même occasion?	<input type="checkbox"/> Entre 6 à 7 fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 4 à 5 fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 2 à 3 fois par mois <input type="checkbox"/> Environ une fois par mois <input type="checkbox"/> Entre 6 à 11 fois par an <input type="checkbox"/> Entre 1 à 5 fois par an <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre	<input type="checkbox"/> Entre 6 à 7 fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 4 à 5 fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 2 à 3 fois par semaine <input type="checkbox"/> Une fois par semaine <input type="checkbox"/> Entre 2 à 3 fois par mois <input type="checkbox"/> Environ une fois par mois <input type="checkbox"/> Entre 6 à 11 fois par an <input type="checkbox"/> Entre 1 à 5 fois par an <input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre

ACCÈS À DES ALIMENTS NUTRITIFS

Un accès inadéquat à des aliments nutritifs en raison de contraintes financières a été associé à un certain nombre de problèmes de santé chroniques, dont le diabète et les maladies cardiaques. Les questions suivantes portent sur votre accès à des aliments au cours de 12 derniers mois.

FS01. Lequel de ces énoncés décrit le mieux les aliments consommés dans votre ménage au cours des 12 derniers mois.

Vous et les autres membres du ménage avez eu assez de types d'aliments que vous avez voulu manger

Vous et les autres membres du ménage avez eu assez, mais pas toujours les types d'aliments que vous avez voulu manger

Parfois vous et les autres membres du ménage n'avez pas eu assez à manger

Souvent vous et les autres membres du ménage n'avez pas eu assez à manger

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FS02. Vous et les autres membres du ménage avez eu peur de manquer de nourriture avant la prochaine rentrée d'argent. Ce commentaire a-t-il souvent, parfois ou jamais été vrai au cours des 12 derniers mois?

Souvent vrai

Parfois vrai

Jamais vrai

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FS03. Toute la nourriture que vous et les autres membres du ménage aviez achetée a été mangée et il n'y avait pas d'argent pour en racheter. Ce commentaire a-t-il souvent, parfois ou jamais été vrai au cours des 12 derniers mois?

Souvent vrai

Parfois vrai

Jamais vrai

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FS04. Vous et les autres membres du ménage n'aviez pas les moyens de manger des repas équilibrés. Ce commentaire a-t-il souvent, parfois ou jamais été vrai au cours des 12 derniers mois?

Souvent vrai

Parfois vrai

Jamais vrai

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

If the participant responds "often true" or "sometimes true" to ANY ONE of FS02–FS04 OR "Sometimes" or "Often" to FS01, then continue to FS05; otherwise, skip to the next section.

FS05. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous et les autres membres du ménage déjà réduit votre portion ou sauté des repas parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?

Oui

Non → Passez à la question FS09

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FS06. À quelle fréquence est-ce arrivé?

Presque tous les mois

Certains mois mais pas tous les mois

1 ou 2 mois seulement

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FS07. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous personnellement déjà mangé moins que vous auriez dû, selon vous, parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour acheter de la nourriture?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FS08. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous personnellement perdu du poids parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour la nourriture?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

If the participant responded "yes" to FS05, FS07 or FS08, continue to FS09; otherwise, skip to the next section

FS09. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé à vous et les autres membres du ménage de passer une journée entière sans manger parce qu'il n'y avait pas assez d'argent pour la nourriture?

Oui

Non → Passez à la question TU01

Ne sais pas → Passez à la question TU01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question TU01

FS10. À quelle fréquence est-ce arrivé?

Presque tous les mois

Certains mois mais pas tous les mois

1 ou 2 mois seulement

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CONSOMMATION DE TABAC

Cette section porte sur l'usage du tabac. Les premières questions ont traité à la consommation de CIGARETTES. Le terme "cigarette" signifie les cigarettes achetées qui sont prêtes à fumer et celles que l'on roule soi-même. Ne pas inclure les cigares, cigarillos ou le tabac à pipe en répondant aux premières questions sur l'usage de la cigarette.

TU01. Avez-vous déjà fumé une cigarette entière?

Oui

Non → Passez à la question TU16

- Ne sais pas → Passez à la question TU16
 Préfère ne pas répondre → Passez à la question TU16

TU02. À quel âge avez-vous fumé votre première cigarette entière?

- Âge : _____
 Préfère ne pas répondre

TU03. Au cours de votre vie, avez-vous fumé au moins 100 cigarettes? (entre 4 et 5 paquets)

- Oui
 Non
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

TU04. À l'heure actuelle, fumez-vous des cigarettes chaque jour, occasionnellement ou jamais?

- Chaque jour (au moins une cigarette par jour au cours des 30 derniers jours)
 Occasionnellement (au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais pas tous les jours) → Passez à la question TU09
 Jamais (vous n'avez pas du tout fumé au cours des 30 derniers jours) → Passez à la question TU11
 Préfère ne pas répondre → Passez à la question TU11

TU05. À quel âge avez-vous commencé à fumer des cigarettes chaque jour?

- Âge: _____
 Préfère ne pas répondre

TU06. Combien de cigarettes fumez-vous par jour présentement?

- Entre 1 à 5 cigarettes
 Entre 6 à 10 cigarettes
 Entre 11 à 15 cigarettes
 Entre 16 à 20 cigarettes
 Entre 21 à 25 cigarettes
 26 cigarettes ou plus → Combien? _____
 Préfère ne pas répondre

The following questions will be asked of pregnant women only :

TU04p. Au cours des trois mois avant que vous ne deveniez enceinte, avez-vous fumé des cigarettes quotidiennement, à l'occasion, ou pas du tout?

- Quotidiennement (au moins une cigarette à chaque jour durant les 30 derniers jours)
 À l'occasion (au moins une cigarette au cours des 30 derniers jours, mais non à chaque jour)
 Pas du tout (vous n'avez pas fumé du tout au cours des 30 derniers jours) Passez à la question TU09
 Préfère ne pas répondre → Passez à la question TU09

TU06p. Durant les trois mois précédant votre grossesse, combien de cigarettes avez-vous fumées chaque jour?

1 à 5 cigarettes

6 à 10 cigarettes

11 à 15 cigarettes

16 à 20 cigarettes

21 à 25 cigarettes

26 cigarettes ou plus →Combien : _____

Préfère ne pas répondre

TU07. Au total, pendant combien d'années avez-vous fumé chaque jour?

Années : _____

Préfère ne pas répondre

TU08. Au cours des années où vous avez fumé quotidiennement, combien de cigarettes fumiez-vous généralement chaque jour? (Si vos habitudes de consommation de tabac ont changé au fil des ans, indiquez le nombre moyen de cigarettes fumées par jour qui vous paraît le plus proche de la réalité.)

Entre 1 à 5 cigarettes

Entre 6 à 10 cigarettes

Entre 11 à 15 cigarettes

Entre 16 à 20 cigarettes

Entre 21 à 25 cigarettes

26 cigarettes ou plus

Préfère ne pas répondre

Si vous fumez à l'heure actuelle passez à la question TU16

TU09. Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé au moins une cigarette?

Entre 1 à 5 jours

Entre 6 à 10 jours

Entre 11 à 20 jours

Entre 21 à 29 jours

Préfère ne pas répondre

TU10. Les jours où vous avez fumé, combien de cigarettes fumiez-vous généralement?

Entre 1 à 5 cigarettes

Entre 6 à 10 cigarettes

Entre 11 à 15 cigarettes

Entre 16 à 20 cigarettes

Entre 21 à 25 cigarettes

26 cigarettes ou plus

Préfère ne pas répondre

TU11. Avez-vous déjà fumé des cigarettes quotidiennement? (Au moins une cigarette par jour pendant 30 jours consécutifs)

Oui

Non → Passez à la question TU16

Ne sais pas → Passez à la question TU16

Préfère ne pas répondre → Passez à la question TU16

TU12. À quel âge avez-vous commencé à fumer quotidiennement?

Âge: _____

Préfère ne pas répondre

TU13. Les jours où vous avez fumé quotidiennement, combien de cigarettes fumiez-vous généralement chaque jour?

Entre 1 à 5 cigarettes

Entre 6 à 10 cigarettes

Entre 11 à 15 cigarettes

Entre 16 à 20 cigarettes

Entre 21 à 25 cigarettes

26 cigarettes ou plus → Combien : _____

Préfère ne pas répondre

TU14. Au total, pendant combien d'années avez-vous fumé quotidiennement?

Années: _____

Préfère ne pas répondre

TU15. Quand avez-vous cessé de fumer des cigarettes quotidiennement?

Il y a moins d'un an

Il y a entre 1 à 2 ans

Il y a entre 3 à 5 ans

Il y a plus de 5 ans

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

AUTRES TYPES DE PRODUITS DE TABAC

Les prochaines questions portent la consommation de tabac autre que la cigarette, comme les cigares, le tabac à pipe et le tabac à chiquer.

TU16. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé d'autres types de produits du tabac régulièrement pendant une période d'au moins six mois?

Oui

Non → Passez à la question ET01

Ne sais pas → Passez à la question ET01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question ET01

TU17. Quels autres produits du tabac parmi ceux énumérés ci-dessous avez-vous déjà consommés de façon régulière et pendant au moins six mois?

Cigares

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Petits cigares (cigarillos)

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Pipes de tabac

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Tabac à mâcher ou à priser

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Timbres de nicotine

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Gomme à la nicotine

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Noix d'arec

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Paan

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Narguilé (Shisha)

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Autre

Oui ---> veuillez préciser : _____

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

TU19. Consommez-vous actuellement tout autre produit parmi ceux énumérés ci-dessous?

Cigares

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Petits cigares (cigarillos)

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Pipes de tabac

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Tabac à mâcher ou à priser

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Timbres de nicotine

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Gomme à la nicotine

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Noix d'arec

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Paan

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Narguilé (Shisha)

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Autre

- Oui ---> veuillez préciser : _____
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

FUMÉE DE TABAC SECONDAIRE

Plusieurs études ont montré que l'exposition à la 'fumée secondaire' pouvait avoir une incidence sur notre santé. Les prochaines questions portent sur votre exposition à la fumée du tabac consommé par d'autres personnes.

ET01. De la naissance à l'âge de 18 ans, pendant combien d'années avez-vous vécu avec une personne qui fumait des cigarettes, des cigares ou la pipe dans votre foyer?

- Années: _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

ET02. À l'âge adulte, c'est-à-dire de l'âge de 18 ans à maintenant, pendant combien d'années avez-vous vécu avec une personne qui fumait des cigarettes, des cigares ou la pipe dans votre foyer?

- Années: _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

ET03. À la maison, à quelle fréquence êtes-vous habituellement exposé/e à la fumée du tabac consommé par d'autres personnes vivant dans votre foyer?

- À chaque jour
- Presqu'à chaque jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Jamais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

ET04. Durant vos loisirs à l'extérieur de votre foyer, à quelle fréquence êtes-vous habituellement exposé à la fumée du tabac venant d'autres personnes?

- À chaque jour
- Presqu'à chaque jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Jamais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

ET05. À l'âge adulte, c'est-à-dire de l'âge de 18 ans à maintenant, pendant combien d'années avez-vous travaillé régulièrement dans un environnement où d'autres gens fumaient des cigarettes, des cigares ou la pipe en votre présence?

- Années : _____
- Aucun/e
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

ET06. Au travail, à quelle fréquence êtes-vous habituellement exposé à la fumée du tabac consommé par d'autres personnes?

- À chaque jour

- Presqu'à chaque jour
- Au moins une fois par semaine
- Au moins une fois par mois
- Jamais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

QUESTIONNAIRE SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Nous nous intéressons au genre d'activités physiques que les gens pratiquent dans leur vie quotidienne. Les questions suivantes portent sur le temps que vous avez consacré à l'activité physique durant les 7 derniers jours. Veuillez répondre à chaque question même si vous ne vous considérez pas vous-même comme une personne active. Pensez aux activités que vous faites au travail, à la maison et dans le jardin, pour vous rendre d'un endroit à un autre, ainsi que les loisirs, les exercices et les sports que vous pratiquez dans vos temps libres.

PA01. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques intenses comme soulever des objets lourds, creuser, faire des exercices d'aérobic ou faire du vélo de façon énergique?

Pensez à toutes les activités physiques intenses que vous avez pratiquées au cours des sept derniers jours. Les activités physiques intenses désignent des activités qui demandent un grand effort physique et qui vous font respirer beaucoup plus fort qu'à l'habitude. Considérez seulement les activités physiques qui ont duré au moins dix minutes d'affilée.

- Jours par semaine : _____
- Aucune activité physique intense → Passez à la question PA03
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question PA03

PA02. Quand vous avez fait des activités physiques intenses au cours d'un de ces jours, combien de temps y avez-vous consacré en moyenne?

- Heures par jour : _____ ET minutes par jour : _____
- Ne sais pas/ Pas sûr
- Préfère ne pas répondre

PA03. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous pratiqué des activités physiques modérées, comme transporter des objets assez légers, faire du vélo à un rythme modéré ou jouer au tennis en double? N'incluez pas la marche.

Pensez à toutes les activités exigeant un effort modéré que vous avez accomplies au cours des sept derniers jours. Les activités modérées sont les activités qui requièrent un effort physique modéré et qui vous font respirer un peu plus fort qu'à l'habitude. Considérez seulement les activités physiques qui ont duré au moins dix minutes d'affilée.

- Jours par semaines : _____

Aucune activité physique modérée → Passez à la question PA05

Préfère ne pas répondre → Passez à la question PA05

PA04. Combien de temps avez-vous habituellement consacré à des activités physiques modérées durant l'une de ces journées?

Heures par jour : _____ ET minutes par jour : _____

Ne sais pas/ Pas sûr

Préfère ne pas répondre

PA05. Au cours des 7 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous marché pendant au moins 10 minutes à la fois?

Réfléchissez au temps que vous avez passé à marcher au cours des sept derniers jours. Ce temps inclut la marche au travail et à la maison, la marche pour se déplacer d'un endroit à un autre ou la marche que vous pratiquez à des fins ludiques, sportives, récréatives ou à titre d'exercice.

Jours par semaines : _____

Aucune marche → Passez à la question PA07

Préfère ne pas répondre → Passez à la question PA07

PA06. En moyenne, combien de temps consacrez-vous à la marche lors d'une de ces journées?

Heures par jour : _____ ET minutes par jour : _____

Ne sais pas/ Pas sûr

Préfère ne pas répondre

Les prochaines questions portent sur le temps que vous êtes resté(e) assis(e) les jours de la semaine et la fin de semaine au cours des 7 derniers jours. Ce temps inclut le temps passé au travail et à la maison et celui consacré aux devoirs et aux activités récréatives. Ce temps peut inclure le temps assis devant un bureau, chez des amis, à lire ou le temps assis ou étendu devant la télévision.

PA07. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis pendant un jour de semaine?

Heures par jour : _____ ET minutes par jour : _____

Ne sais pas/ Pas sûr

Préfère ne pas répondre

PA08. Au cours des 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis pendant un jour de fin semaine?

Heures par jour : _____ ET minutes par jour : _____

Ne sais pas/ Pas sûr

Préfère ne pas répondre

PA09A. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR pendant que vous vous déplacez pour vous rendre à divers endroits et en revenir durant un jour de SEMAINE.

Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA09B. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR au travail durant un jour de SEMAINE.

Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA109C. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR à utiliser l'ordinateur à la maison durant un jour de SEMAINE.

Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA09D. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR à utiliser l'ordinateur à la maison durant un jour de SEMAINE.

Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA09E. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR dans vos moments de loisir (p. ex., pour visiter des amis, aller au cinéma, dîner à l'extérieur, etc.), en EXCLUANT le temps passé à regarder la télévision, durant un jour de SEMAINE. Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA09F. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR pendant que vous vous déplacez pour vous rendre à divers endroits et en revenir durant un jour de FIN SEMAINE.

Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA09G. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR à utiliser l'ordinateur à la maison durant un jour de FIN SEMAINE.

Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA09H. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR à utiliser l'ordinateur à la maison durant un jour de FIN SEMAINE.

Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA09I. Veuillez estimer combien d'heures vous passez EN POSITION ASSISE À CHAQUE JOUR dans vos moments de loisir (p. ex., pour visiter des amis, aller au cinéma, dîner à l'extérieur, etc.), en EXCLUANT le temps passé à regarder la télévision, durant un jour de FIN SEMAINE.

Heures par jour: _____ ET minutes par jour: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA10. Combien mesurez-vous?

Veuillez répondre à la question en utilisant pieds et pouces ou centimètres.

Pieds: _____ et pouces: _____

Centimètres: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA11. Combien pèsez-vous?

Livres: _____

Kilogrammes: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

The following questions will be asked of pregnant women in addition to the questions above:

PA12. Combien de poids avez-vous perdu juste avant cette grossesse?

Livres: _____

Kilogrammes: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PA13. Dans les 6 mois ayant précédé cette grossesse, avez-vous perdu du poids?

Oui

Non → Passez à la question PA15

Ne sais pas → Passez à la question PA15

Préfère ne pas répondre → Passez à la question PA15

PA14. Combien de poids avez-vous perdu?

Veillez répondre à la question en utilisant livres ou kilogrammes.

Livres: _____

Kilogrammes: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Au cours des 6 mois ayant précédé cette grossesse, avez-vous déjà utilisé l'une des méthodes suivantes pour contrôler votre poids?

		<i>Au moins une fois par semaine</i>	<i>Rarement/ Jamais</i>	<i>Préfère ne pas répondre</i>
PA15.	<i>Vomissement</i>	<i>1_1</i>	<i>1_1</i>	<i>1_1</i>
PA16.	<i>Laxatifs</i>	<i>1_1</i>	<i>1_1</i>	<i>1_1</i>
PA17.	<i>Jeûne</i>	<i>1_1</i>	<i>1_1</i>	<i>1_1</i>
PA18	<i>Exercice physique intense</i>	<i>1_1</i>	<i>1_1</i>	<i>1_1</i>

PA19. Quel était approximativement votre poids à chaque âge?

(NOTE : only relevent ages will be shown)

20 ans:

Livres: _____

Kilogrammes: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

30 ans:

Livres: _____

Kilogrammes: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

40 ans:

Livres: _____

Kilogrammes: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

50 ans:

Livres: _____

Kilogrammes: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

60 ans:

Livres: _____

- Kilogrammes: _____
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

70 ans:

- Livres: _____
 Kilogrammes: _____
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

80 ans:

- Livres: _____
 Kilogrammes: _____
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

QUESTIONNAIRE SUR LES TESTS DE DÉPISTAGE DU CANCER

Les questions suivantes portent sur les tests de dépistage du cancer. Souvent, ces tests de dépistage du cancer ne sont administrés régulièrement qu'après un certain âge. Les questions suivantes visent à établir si vous avez subi l'un de ces tests de dépistage.

CS01. Quand avez-vous eu un test de recherche du sang occulte dans les selles ou TSOFF pour la dernière fois?

Une analyse de sang occulte dans les selles ou TSOFF est un test visant à vérifier la présence de sang dans vos selles. Ce test est le plus souvent effectué pour les gens âgés de 50 ans ou plus. Après être allé à la selle, vous utilisez un bâtonnet pour étendre un petit échantillon de selle sur un carton spécial. Ce test est habituellement effectué à la maison pendant deux ou trois jours consécutifs.

- À moins de 6 mois
 À entre 6 mois et moins de 1 an
 À entre 1 an et moins de 2 ans
 À entre 2 ans et moins de 3 ans
 À 3 ans ou plus
 Jamais → Passez à la question CS03
 Ne sais pas → Passez à la question CS03
 Préfère ne pas répondre → Passez à la question CS03

CS02. Si vous avez subi un TSOFF, quelle en a été la raison? Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Antécédents familiaux de cancer colorectal
 Bilan de santé/examen de dépistage de routine

- Signes ou symptômes inquiétants
- Suivi du traitement pour un cancer colorectal
- Autre
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

CS03. À quand remonte votre dernière coloscopie?

Une coloscopie est un examen au cours duquel on utilise un long tube pour examiner le côlon sur toute sa longueur. Avant de subir cette procédure, on vous donne habituellement un sédatif.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À entre 2 ans et moins de 3 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

CS04. À quand remonte votre dernière sigmoïdoscopie?

Une sigmoïdoscopie est un examen au cours duquel un tube flexible est inséré dans le rectum et la partie inférieure du gros intestin pour déceler des signes de cancer ou d'autres problèmes. La procédure n'exige habituellement pas de sédation.

- À moins de 6 mois
- À entre 6 mois et moins de 1 an
- À entre 1 an et moins de 2 ans
- À 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Items CS05 and CS06 are embedded in a skip pattern. They are not asked if participants check either “Never”, “Don’t know” or “Prefer not to answer” for both CS03 and CS04.

CS05. Si vous avez subi une colonoscopie ou une sigmoïdoscopie, quelle en a été la raison?

Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Antécédents familiaux de cancer colorectal
- Bilan de santé/examen de dépistage de routine
- Signes ou symptômes inquiétants
- Suivi du traitement pour un cancer colorectal
- Suivi après un TSO
- Autre
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

CS06. A-t-on déjà enlevé un polype de votre côlon?

Un polype est une excroissance anormale de tissu.

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

CS09 - CS11 for Women only (including transgender men whose assigned sex at birth was female):

CS09. À quand remonte votre dernière mammographie?

Une mammographie est un rayons X à faible dose des seins à l'aide d'un appareil que comprime et aplatit les seins et vise à dépister le cancer du sein.

À moins de 6 mois

À entre 6 mois et moins de 1 an

À entre 1 an et moins de 2 ans

À entre 2 ans et moins de 3 ans

À 3 ans ou plus

Jamais → Passez à la question CS12

Ne sais pas → Passez à la question CS12

Préfère ne pas répondre → Passez à la question CS12

CS10. Pourquoi avez-vous subi une chirurgie? Choisir tous les énoncés qui s'appliquent

Antécédents familiaux de cancer du sein

Dans le cadre d'un examen de routine/dépistage périodique

Présence de signes ou de symptômes inquiétants

Suivi d'un traitement du cancer du sein

Autre

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

The following questions are asked only of pregnant women :

CS09p. Avant la présente grossesse, à quand remonte votre dernière mammographie?

Une mammographie est un rayons X à faible dose des seins à l'aide d'un appareil que comprime et aplatit les seins et vise à dépister le cancer du sein.

À moins de 6 mois

À entre 6 mois et moins de 1 an

À entre 1 an et moins de 2 ans

À entre 2 ans et moins de 3 ans

À 3 ans ou plus

Jamais → Passez à la question PM01

Ne sais pas → Passez à la question PM01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM01

CS10p. Pourquoi avez-vous reçu des radiations? Choisir tous les énoncés qui s'appliquent.

- Antécédents familiaux de cancer du sein
- Dans le cadre d'un examen de routine/dépistage périodique
- Présence de signes ou de symptômes inquiétants
- Suivi d'un traitement du cancer du sein
- Autre
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

CS11p. Depuis que vous êtes devenue enceinte, avez-vous passé une mammographie?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

CS12. À quand remontait votre dernier vous test Pap test ou frottis cervical?

Un test Pap (parfois appelé frottis cervical) est une analyse effectuée par un médecin ou un infirmier/ère où un échantillon de cellules est prélevé dans le col de l'utérus.

- Il y a moins de 6 mois
- De 6 mois à moins d'un an
- 1 an à moins de 2 ans
- 2 ans à moins de 3 ans
- Il y a 3 ans ou plus
- Jamais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

CS13. Avez-vous déjà eu un test Pap dont le résultat était anormal?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX PERSONNELS

Maintenant, nous voudrions vous poser des questions sur vos affections chroniques ou régulières, passées et présentes. Nous nous intéressons principalement aux affections à

“long terme” qui devraient durer, ou avoir déjà duré, six mois ou plus et qui ont été diagnostiquées par un médecin.

		Oui	Non	Ne sais pas	Préfère ne pas répondre
PM01.	Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez de l’hypertension artérielle (sauf pendant la grossesse)?		Passez à la question PM03	Passez à la question PM03	Passez à la question PM03
PM02.	Âge au premier diagnostic d’hypertension artérielle (haute pression, à l’exclusion de la période de grossesse)?				
PM03	Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un taux élevé de cholestérol?		Passez à la question PM05	Passez à la question PM05	Passez à la question PM05
PM04.	Âge au premier diagnostic de taux élevé de cholestérol?				
PM05.	Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez de l’hyperglycémie ou que vous aviez un taux élevé de sucre sanguin?		Passez à la question PM07	Passez à la question PM07	Passez à la question PM07
PM06.	Âge au premier diagnostic d’hyperglycémie?				

PM07. Un médecin a-t-il déjà dit vous que vous aviez le cancer ou une tumeur maligne quelle qu’elle soit?

- Oui – Veuillez cocher tous les choix qui s’appliquent
- Non → Passez à la question PM09
- Ne sais pas → Passez à la question PM09
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM09

PM08. Veuillez cocher tous les choix qui s’appliquent

- Poumons et bronches
- Seins
- Côlon
- Rectum
- Lymphome nonhodgkinien
- Autre lymphome
- Leucémie
- Vessie
- Mélanome
- Cancer de la peau non mélanique
- Glande thyroïde
- Reins
- Utérus

- Pancréas
- Bouche
- Estomac
- Cerveau - tumeur bénigne
- Cerveau – tumeur maligne
- Ovaires
- Myélome multiple
- Foie
- Œsophage
- Col de l'utérus
- Larynx
- Trachée
- Anus
- Autre → Veuillez préciser: _____

- Âge au premier diagnostic de cancer de _____
- Âge au premier diagnostic: _____
 - Ne sais pas
 - Préfère ne pas répondre

Avez-vous reçu un traitement pour ce cancer?

- Oui
- Non → Passez à la question PM09
- Ne sais pas → Passez à la question PM09
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM09

Quel type de traitement était-ce? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

- Chimiothérapie
- Radiations
- Chirurgie
- Autre – veuillez préciser: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

États de coeur et d'appareil circulatoire

PM09. Un médecin a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des cardiopathies suivantes?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
- Non → Passez à la question PM10
- Ne sais pas → Passez à la question PM10
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM10

Fibrillation auriculaire

Angine

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Cardiopathie valvulaire (p. ex. sténose aortique, prolapsus valvulaire)

Insuffisance cardiaque

Maladie cardiaque

mitral)

Athérosclérose/coronaropathie (y compris l'angioplastie et les endoprothèses)

Autre cardiopathie-Veuillez préciser: _____

Pour chaque condition choisissez:

Âge au premier diagnostic: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour une cardiopathie?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Si "Angine" est sélectionné:

À quand remonte votre dernière crise d'angine?

Il y a moins d'un mois

1 mois à 6 mois

De 6 mois à moins d'un an

1 an à moins de 2 ans

Il y a 2 ans ou plus

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Si "Fibrillation auriculaire" est sélectionné:

Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà conseillé de prendre des anticoagulants (p. ex. Coumadin ou Pradax) pour réduire votre risque d'AVC?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Si "Cardiopathie valvulaire" est sélectionné:

Veuillez préciser le type de cardiopathie valvulaire:

Sténose aortique

Sténose mitrale

Prolapsus valvulaire mitral

Rhumatisme cardiaque

Autre (veuillez préciser): _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Des Troubles Neurologiques

PM10. Un médecin a-t-il déjà dit que vous étiez atteint de l'un des troubles neurologiques suivants?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
- Non – Passez à la question PM11
- Ne sais pas – Passez à la question PM11
- Préfère ne pas répondre – Passez à la question PM11

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AVC | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou convulsions |
| <input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire (AIT) | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques |
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Tumeur au cerveau | <input type="checkbox"/> Démence |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme crânien | <input type="checkbox"/> Traumatisme médullaire |
| <input type="checkbox"/> Autisme ou trouble du spectre autistique | <input type="checkbox"/> Autre trouble neurologique-Veuillez préciser: _____ |

Pour chaque trouble sélectionné :

- Âge au premier diagnostic: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour un trouble neurologique?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Des affections pulmonaires ou respiratoires

PM11. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des affections pulmonaires ou respiratoires suivantes?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
- Non → Passez à la question PM12
- Ne sais pas → Passez à la question PM12
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM12

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Emphysème |
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil |
| <input type="checkbox"/> Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> Autre trouble respiratoire
_____ |

Pour chaque affection sélectionnée:

- Âge au premier diagnostic: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour un affection pulmonaire ou respiratoire?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Conditions endocriniennes ou métaboliques

PM12. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez le diabète?

- Oui -----> Âge au premier diagnostic: _____
- Non – Passez à la question PM13
- Ne sais pas – Passez à la question PM13
- Préfère ne pas répondre – Passez à la question PM13

De quel type de diabète s'agit-il? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

- Diabète gestationnel (pendant la grossesse)
- Diabète de type 1
- Diabète de type 2
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

PM13. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie thyroïdienne?

- Oui -----> Âge au premier diagnostic _____
- Non – Passez à la question PM14
- Ne sais pas – Passez à la question PM14
- Préfère ne pas répondre – Passez à la question PM14

Quel type de maladie thyroïdienne était-ce?

- Hypothyroïdie
- Hyperthyroïdie
- Nodule(s) thyroïdien(s) (une ou plusieurs bosses dans la glande thyroïde)
- Thyroïdite (inflammation de la glande thyroïde)
- Goitre
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour le diabète ou une maladie thyroïdienne?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Troubles Gastrointestinaux

PM14. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'un des troubles gastrointestinaux suivants?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ulcère de l'estomac (ou du duodénum) | <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse |
| <input type="checkbox"/> Infection au helicobacter pylori | <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-œsophagien (GERD) |
| <input type="checkbox"/> Endobranchyœsophage | <input type="checkbox"/> Œsophagite éosinophilique |
| <input type="checkbox"/> Indigestion (Dyspepsie) | <input type="checkbox"/> Maladie cœliaque |
| <input type="checkbox"/> Diverticulose | <input type="checkbox"/> Autre trouble gastrointestinal |
| | Veillez préciser _____ |

Pour chaque condition sélectionnée:

- Âge au premier diagnostic: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour des troubles gastrointestinaux?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Conditions du foie

PM15. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des maladies du foie ou du pancréas suivantes? Cochez tous les choix qui s'appliquent.

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
- Non → Passez à la question PM16
- Ne sais pas → Passez à la question PM16
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM16

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cirrhose du foie | <input type="checkbox"/> Hépatite chronique |
| <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique (NAFLD / NASH) | <input type="checkbox"/> Calculs biliaires |
| <input type="checkbox"/> Pancréatite | |
| <input type="checkbox"/> Autre maladie du foie, veuillez préciser : _____ | |

Pour chaque condition sélectionnée:

- Âge au premier diagnostic: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour une maladie du foie?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

États des reins

PM16. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie rénale, une insuffisance rénale ou une faiblesse aux reins?

- Oui -----> Âge au premier diagnostic de maladie rénale, d'insuffisance rénale ou de faiblesse aux reins:
 Non
 Ne sais pas Âge au premier diagnostic: _____
 Préfère ne pas répondre Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Connaissez-vous la cause de votre maladie rénale? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

- Glomérulonéphrite
 Diabète
 Hypertension artérielle
 Maladie des vaisseaux sanguins rénaux
 Maladie polykystique des reins
 Autre maladie héréditaire
 Autre
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Votre médecin vous a-t-il dit que vous auriez probablement besoin de dialyse au cours des 5 prochaines années?

- Oui
 Non
 Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour une maladie des reins?

- Oui
 Non
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Santé Mentale

PM17. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'un des troubles mentaux suivants?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
 Non → Passez à la question PM18
 Ne sais pas → Passez à la question PM18
 Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM18

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépression majeure | <input type="checkbox"/> Trouble de stress post-traumatique |
| <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire | <input type="checkbox"/> Schizophrénie ou trouble schizo-affectif |
| <input type="checkbox"/> Trouble anxieux | <input type="checkbox"/> Trouble obsessivo-compulsif |

Trouble de l'alimentation
 Autre trouble de santé mentale
veuillez préciser

Trouble de toxicomanie (p. ex. dépendance
à l'alcool, aux drogues ou au jeu)

Pour chaque trouble sélectionnée:

Âge au premier diagnostic de trouble :

Âge au premier diagnostic: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour des troubles mentaux?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Si 'Trouble de l'alimentation' est sélectionnée:

Pour quel trouble de l'alimentation avez-vous reçu un diagnostic?

Anorexie

Boulimie

Frénésie alimentaire

Autre (veuillez préciser): _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Conditions d'os et d'articulation

PM18. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des maladies suivantes?

Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent

Non – Passez à la question PM19

Ne sais pas – Passez à la question PM19

Préfère ne pas répondre – Passez à la question PM19

Ostéoporose

Arthrite

Goutte

Mal de dos

chronique

Cervicalgie chronique

Lupus

Fibromyalgie

Autre maladie des os ou des articulations,

veuillez préciser _____

Pour chaque condition sélectionnée:

Âge au premier diagnostic: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour une maladie des os et des articulations?

Oui

- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si 'Arthrite' est sélectionnée:

Quel type d'arthrite était-ce? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

- Polyarthrite rhumatoïde
- Arthrose
- Spondylite ankylosante
- Polyarthrite psoriasique
- Autre arthrite (veuillez préciser): _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Maladie de la peau

PM19. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des maladies de la peau suivantes?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

- Eczéma
- Psoriasis

Autre maladie de la peau, Veuillez préciser: _____

Pour chaque maladie sélectionnée:

Âge au premier diagnostic: _____

- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour une maladie de la peau?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Des maladies infectieuses

PM20. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'une des maladies infectieuses suivantes?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
- Non → Passez à la question PM21
- Ne sais pas → Passez à la question PM21
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM21

Méningite ou encéphalite

Malaria

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) | <input type="checkbox"/> Tuberculose (TB) |
| <input type="checkbox"/> Mononucléose ("Mono") | <input type="checkbox"/> Chlamydia |
| <input type="checkbox"/> Gonorrhée | <input type="checkbox"/> Herpès génital |
| <input type="checkbox"/> Verrues génitales | <input type="checkbox"/> Syphilis |
| <input type="checkbox"/> Autre maladie infectieuse veuillez préciser _____ | |

Pour chaque maladie:

Âge au premier diagnostic: _____

- Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour une maladie infectieuse?

- Oui
 Non
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Troubles génétiques

PM21. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'un des troubles génétiques suivants?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
 Non → Passez à la question PM22
 Ne sais pas → Passez à la question PM22
 Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM22

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Syndrome de Down | <input type="checkbox"/> Hémophilie |
| <input type="checkbox"/> Anémie drépanocytaire | <input type="checkbox"/> Fibrose kystique |
| <input type="checkbox"/> Thalassémie | <input type="checkbox"/> Syndrome de Klinefelter (Chromosomes XXY) |
| <input type="checkbox"/> Hyperplasie congénitale des surrénales | <input type="checkbox"/> Syndrome de Turner (chromosome XO) |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de l'insensibilité complète aux androgènes | |
| <input type="checkbox"/> Autre trouble génétique veuillez préciser _____ | |

Pour chaque condition sélectionnée:

Âge au premier diagnostic: _____

- Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour un trouble génétique?

- Oui
 Non
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

Conditions Gynécologique (Femmes seulement):

PM22. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'un des troubles suivants?

Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Syndrome des ovaires polykystiques (SOP)

Fibrome utérin

Endométriose

Autre trouble gynécologique veuillez préciser _____

Pour chaque condition sélectionnée:

Âge au premier diagnostic: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour un trouble gynécologique?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Conditions de l'œil ou de la vision

PM23. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'un des troubles de l'œil ou de la vision suivants?

Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Dégénérescence maculaire

Rétinopathie diabétique

Glaucome

Cataractes

Œil paresseux (amblyopie)

Colour vision problems

Vision double (diplopie)

Strabisme

Autre trouble de l'œil ou de la vision (veuillez préciser):

Pour chaque condition sélectionnée:

Âge au premier diagnostic: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour un trouble de la vision?

Oui

- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Conditions Auditif :

PM24. Un médecin ou un audiologiste vous a-t-il déjà dit que vous aviez l'un des troubles auditifs suivants?

- Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acouphène (son dans vos oreilles ou votre tête) | <input type="checkbox"/> Maladie de Ménière |
| <input type="checkbox"/> Déficience auditive | <input type="checkbox"/> Otite externe |
| <input type="checkbox"/> Infections chroniques de l'oreille (otite moyenne) | <input type="checkbox"/> Vertige |
| | <input type="checkbox"/> Autre trouble de l'œil ou de la vision (veuillez préciser): |
| | _____ |

Pour chaque condition sélectionnée:

Âge au premier diagnostic: _____

- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour un trouble auditif?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

Si 'Acouphène' est sélectionnée:

PM25. Êtes-vous atteint/e d'acouphène (son dans vos oreilles et votre tête sans cause évidente) pour plus de 5 minutes?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

PM26. Quelle est la fréquence de votre acouphène?

- Par intermittence
- Constant
- Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PM27. Quel est la nature de votre acouphène?

Tintement ou sifflement

Grondement

Pulsation

Autre

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PM28. L'acouphène affecte-t-elle votre vie et vos activités quotidiennes?

Pas du tout

À l'occasion

Fréquemment

Constamment

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PM29. Avez-vous d'autres problèmes de santé chroniques?

Oui -----> Veuillez énumérer ces maladies chroniques:

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

1: _____

2: _____

3: _____

4: _____

5: _____

Avez-vous été jamais prescrit un médicament pour les maladies chroniques notés dessus?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

PM30. Avez-vous des allergies?

Oui

Non → Passez à la question PM32

Ne sais pas → Passez à la question PM32

Préfère ne pas répondre → Passez à la question PM32

PM31. Avez-vous actuellement des allergies à l'un des facteurs suivants? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

Chats, chiens ou autres animaux

Aliments

Morsures ou piqûres d'insectes

Latex

Médicaments

Métaux – bijoux

Moisissure ou poussière

- Plantes, graminées ou arbres (p. ex. le pollen)
- Autre Veuillez préciser : _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

PM32. Avez-vous des problèmes urinaires, par exemple des douleurs lorsque vous urinez, vous urinez fréquemment ou des pertes d'urine (incontinence)?

- Oui
- Non → Passez à la question EW01
- Préfère ne pas répondre → Passez à la question EW01

PM33. Quels sont vos problèmes urinaires? (Choisir tous les énoncés qui s'appliquent):

- Douleur lorsque vous urinez
- Vous urinez fréquemment
- Incapable d'uriner (ne peut vider ma vessie)
- Perte d'urine
- Préfère ne pas répondre

BIEN-ÊTRE EMOTIONNEL

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été ennuyé/e par l'un des problèmes suivants?

		Aucunement	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque chaque jour
EW01.	Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses				
EW02.	Se sentir abattu/e, déprimé/e ou découragé/e				
EW03.	Se sentir nerveux/se, anxieux/se ou tendu/e				
EW04.	Ne pas pouvoir faire disparaître ou contrôler son inquiétude				

DOULEUR ARTICULAIRES

Les prochaines questions portent sur le niveau général de douleur physique ou d'inconfort que vous ressentez habituellement. Quelques questions plus précises portent sur les douleurs articulaires. Elles ne concernent pas les maladies pendant une courte période. La douleur peut souvent affecter le niveau d'activité des gens et nous

vous poserons maintenant quelques questions au sujet de votre capacité d'accomplir des activités courantes.

JP01. Êtes-vous habituellement libre de douleur ou d'inconfort?

Oui → Passez à la question JP04

Non

Ne sais pas → Passez à la question JP04

Préfère ne pas répondre → Passez à la question JP04

JP02. Comment décririez-vous l'intensité habituelle de votre douleur ou de votre inconfort?

Légère

Modérée

Vive

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

JP03. Comment d'activités votre douleur ou votre inconfort vous empêche-t-il de pratiquer?

Aucune

Quelques-unes

Un certain nombre

La plupart

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

JP04. Avez-vous eu des maux de tête ou des douleurs physiques la PLUPART des journées au cours du DERNIER MOIS?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

JP05. L'une de vos articulations vous a-t-elle causé des problèmes (douleur, mal, enflure ou raideur) la PLUPART des journées au cours du DERNIER MOIS?

Oui

Non → Passez à la question EH01

Ne sais pas → Passez à la question EH01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question EH01

JP06. Quelle articulation parmi les suivantes vous a causé le plus de difficulté? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

Dos

Cou

Épaule(s)

Coude(s)

- Poignet(s)
- Main(s)/doigt(s)
- Hanche(s)
- Genou(s)
- Cheville(s)
- Pied/s
- Autre Veuillez préciser : _____
- Préfère ne pas répondre

QUALITÉ D'OUÏE

Maintenant, nous allons vous poser quelques questions au sujet de votre ouïe et de la qualité de votre vision. La déficience auditive et visuelle est un aspect important de la santé qui n'a pas fait l'objet de beaucoup de recherches. La population canadienne est peu renseignée en général sur ces troubles.

EH01. Quelle difficulté avez-vous à entendre (sans appareil auditif, si vous en utilisez un) ce qui se dit lors d'une conversation avec une autre personne?

- Aucune difficulté
- Un peu de difficulté
- Beaucoup de difficulté
- Je n'entend pas
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

EH02. Quelle difficulté avez-vous à entendre (sans appareil auditif, si vous en utilisez un) ce qui se dit lors d'une conversation avec trois autres personnes?

- Aucune difficulté
- Un peu de difficulté
- Beaucoup de difficulté
- Je n'entend pas
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

EH03. Quelle difficulté avez-vous à entendre (sans appareil auditif, si vous en utilisez un) ce qui se dit lors d'une conversation téléphonique?

- Aucune difficulté
- Un peu de difficulté
- Beaucoup de difficulté
- Je n'entend pas
- Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

EH04. Utilisez-vous un ou plusieurs des appareils auditifs?

Oui

Non → Passez à la question EH08

Ne sais pas → Passez à la question EH08

Préfère ne pas répondre → Passez à la question EH08

EH05. Avec votre appareil auditif, quelle difficulté avez-vous à entendre ce qui se dit lors d'une conversation avec une autre personne?

Aucune difficulté

Un peu de difficulté

Beaucoup de difficulté

Je n'entend pas

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

EH06. Avec votre appareil auditif, quelle difficulté avez-vous à entendre ce qui se dit lors d'une conversation avec trois autres personnes?

Aucune difficulté

Un peu de difficulté

Beaucoup de difficulté

Je n'entend pas

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

EH07. Avec votre appareil auditif, quelle difficulté avez-vous à entendre ce qui se dit lors d'une conversation téléphonique?

Aucune difficulté

Un peu de difficulté

Beaucoup de difficulté

Je n'entend pas

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

EH08. Globalement, comment évalueriez-vous votre capacité auditive?

Je n'ai aucun problème à entendre

J'ai de la difficulté à entendre

Je n'entends pas

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

QUALITÉ DE VISION

VH01. Pouvez-vous voir suffisamment bien pour reconnaître un/e ami/e de l'autre côté de la rue sans porter vos verres ou vos lentilles de contact?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

VH02. Êtes-vous habituellement capable de voir suffisamment bien pour lire un journal ordinaire sans porter vos verres ou vos lentilles de contact?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

VH03. Devez-vous porter des verres ou des lentilles de contact pour voir?

Oui

Non → Passez à la question VH06

Préfère ne pas répondre → Passez à la question VH06

VH04. Pouvez-vous voir assez bien pour reconnaître un/e ami/e de l'autre côté de la rue en portant vos verres ou vos lentilles de contact?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

VH05. Êtes-vous habituellement capable de voir assez bien pour lire un journal ordinaire en portant vos verres ou vos lentilles de contact?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

VH06. Globalement, comment décririez-vous votre vision, en utilisant des verres ou des lentilles de contact si vous en portez?

Excellente

Très bonne

Bonne

Passable

Mauvaise

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

SANTÉ BUCCALE

Maintenant, nous allons vous poser quelques questions au sujet de votre santé buccale, y compris vos dents et vos gencives.

OH01. Comment décririez-vous l'état de votre dentition?

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Passable
- Mauvais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

OH02. Avez-vous perdu l'une de vos dents naturelles pour une raison autre qu'une blessure ou l'extraction des dents de sagesse?

- Oui
- Non
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

OH03. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous éprouvé un mal persistant ou continu dans votre bouche, y compris vos dents et vos gencives?

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

OH04. Au cours du dernier mois, avez-vous éprouvé l'un des problèmes suivants?

	Oui	Non	Ne sais pas	Préfère ne pas répondre
Mal de dent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur aux dents causée par les aliments/fluides chauds ou froids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements des gencives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouche sèche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mauvaise haleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES

Parlez-nous de votre famille. Nous allons maintenant vous poser des questions au sujet de vos parents, de vos frères et sœurs, de vos enfants et de vos grands-parents biologiques. Bien que les renseignements sur votre famille soient importants, si vous ne pouvez pas répondre à une question, choisissez “Ne sais pas” et passez à la question suivante.

FA01. Quel est votre état matrimonial actuel? Veuillez choisir l'état qui décrit le mieux votre situation actuelle.

Marié/e et/ou vivant avec un/e partenaire → Passez à la question FA05; Passez à FA03 si enceinte

Divorcé/e

Veuf/veuve

Séparé/e

Célibataire, jamais marié/e

Préfère ne pas répondre

FA02. Vivez-vous actuellement en relation?

Oui

Non → Passez à la question FA04

Autre – veuillez préciser : _____

Préfère ne pas répondre

Les questions suivent seront poser de femmes enceinte:

FA03. Votre conjoint ou partenaire actuel est-il le père biologique de votre enfant à naître?

Oui → Passez à la question FA05

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FA04. Qui est le père biologique de votre enfant à naître?

Je ne suis plus en contact avec lui

Je suis en contact avec lui, mais nous ne sommes plus partenaires

Donneur de sperme anonyme

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FA05. Avez-vous été adopté/e?

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FA06. Êtes-vous jumeau ou faites-vous partie d'une naissance multiple? Les naissances multiples comprennent les jumeaux, les triplés, les quadruplés, les quintuplés, les sextuplés, etc.

Oui

Non → Passez à la question FA08

Ne sais pas → Passez à la question FA08

Préfère ne pas répondre → Passez à la question FA08

FA07. Si vous êtes jumeau ou faites partie d'une naissance multiple, veuillez indiquer le type de naissance dont vous faites partie:

Jumeau identique

Jumeau non identique

Triplés

Quadruplés ou plus

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

FA08. Avez-vous des frères/sœurs biologiques? Veuillez inclure ceux qui sont décédés ainsi que les demi-frères/sœurs (un parent en commun), mais n'incluez pas les frères/sœurs par alliance ou par adoption.

Oui

Non → Passez à la question FA10

Ne sais pas → Passez à la question FA10

Préfère ne pas répondre → Passez à la question FA10

FA09. Veuillez entrer le nombre de frères et sœurs.

Frères/sœurs des mêmes parents:

Frères: _____

Sœurs: _____

FA10. Veuillez entrer le nombre de frères et sœurs

Demi-frères/sœurs:

Frères: _____

Sœurs: _____

FA11. Combien de vos frères et sœurs biologiques sont, ou étaient, plus vieux que vous? Si vous faites partie d'une naissance multiple (p. ex. jumeaux, triplés, etc.), veuillez traiter tous les frères/sœurs nés avec vous comme ayant le même âge que vous, sans égard à l'ordre dans lequel vous êtes nés.

Nombre de frères/sœurs: _____

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

ORIGINE ETHNIQUE – FAMILLE

EB01. Quelle est l'origine ethnique de votre mère biologique? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

- Autochtone (p. ex. Premières Nations, Métis, Inuit)
- Arabe (p. ex. Égypte, Iraq, Jordanie, Liban)
- Noir (descendance africaine ou antillaise)
- Chinois/e
- Philippin/e
- Japonais/e
- Coréen/ne
- Latino-américain(e)/Hispanique
- Asiatique du Sud (p. ex. Inde, Sri Lanka, Pakistan, Bangladesh)
- Asiatique du Sud-Est (p. ex. Malaisie, Indonésie, Vietnam, Cambodge, Laos)
- Asiatique de l'Ouest (p. ex. Turquie, Iran, Afghanistan)
- Blanc (descendance européenne)
- Autre groupe ethnique (non énuméré ci-dessus)
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

EB02. Quelle est l'origine ethnique de votre père biologique? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

- Autochtone (p. ex. Premières Nations, Métis, Inuit)
- Arabe (p. ex. Égypte, Iraq, Jordanie, Liban)
- Noir (descendance africaine ou antillaise)
- Chinois/e
- Philippin/e
- Japonais/e
- Coréen/ne
- Latino-américain(e)/Hispanique
- Asiatique du Sud (p. ex. Inde, Sri Lanka, Pakistan, Bangladesh)
- Asiatique du Sud-Est (p. ex. Malaisie, Indonésie, Vietnam, Cambodge, Laos)
- Asiatique de l'Ouest (p. ex. Turquie, Iran, Afghanistan)
- Blanc (descendance européenne)
- Autre groupe ethnique (non énuméré ci-dessus)
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

EB03. Dans quel pays votre mère biologique est-elle née?

- Canada
- Chine
- France
- Allemand/e
- Grèce

- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays Nom du pays: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

EB04. Dans quel pays votre père biologique est-il né?

- Canada
- Chine
- France
- Allemand/e
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays Nom du pays: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

EB05. Dans quel pays la mère de votre mère est-elle née?

- Canada

- Chine
- France
- Allemand/e
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays Nom du pays: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

EB06. Dans quel pays le père de votre mère est-il né?

- Canada
- Chine
- France
- Allemand/e
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays Nom du pays: _____
- Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

EB07. Dans quel pays la mère de votre père est-elle née?

- Canada
- Chine
- France
- Allemand/e
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni
- États-Unis
- Vietnam
- Autre pays Nom du pays: _____
- Ne sais pas
- Préfère ne pas répondre

EB08. Dans quel pays le père de votre père est-il né?

- Canada
- Chine
- France
- Allemand/e
- Grèce
- Inde
- République islamique d'Iran
- Irlande
- Italie
- Jamaïque
- République de Corée
- Philippines
- Pologne
- Portugal
- Fédération de Russie
- Ukraine
- Royaume-Uni

- États-Unis
 Vietnam
 Autre pays Nom du pays: _____
 Ne sais pas
 Préfère ne pas répondre

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX

Veillez nous parler de la santé de votre famille. Pour ce qui est des antécédents de santé de votre famille, veuillez inclure SEULEMENT les membres de votre famille immédiate par le sang, y compris votre mère, votre père, vos enfants et vos frères/sœurs et demi-frères/sœurs consanguins. Dans ce questionnaire, nous nous intéressons seulement aux gènes que vous partagez avec votre famille. Ne pas inclure les parents par alliance, les demi-frères, les demi-sœurs et les parents par adoption, et les enfants par alliance ou par adoption. Nous vous poserons des questions au sujet de ces membres de votre famille dans un questionnaire futur.

Encore une fois, bien que les renseignements décrivant la santé de votre famille soient importants, si vous ne pouvez répondre à une question, sélectionnez “Ne sais pas” et passez à la question suivante.

FM01. Est-ce qu'un médecin a déjà dit à un membre de votre famille biologique immédiate qu'il avait l'une des cardiopathies ou des maladies de l'appareil circulatoire suivantes?

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
États de Coeur et d'Appareil Circulatoire				
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Crise cardiaque (infarctus du myocarde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Taux élevé de cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
			nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Fibrillation auriculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Cardiopathie valvulaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Athérosclérose/coronaropathie (y compris l'angioplastie et les endoprothèses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
			mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	
Trouble Neurologique				
AVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Accident ischémique transitoire (TIA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Traumatisme crânien causé par un traumatisme ou un accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Traumatisme médullaire causé par un traumatisme ou un accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Épilepsie ou crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
			mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	
Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Démence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Tumeur au cerveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Troubles Respiratoire				
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Bronchite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Apnée du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Troubles Endocriniens				
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladie thyroïdienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
troubles Gastrointestinaux				
Ulcère de l'estomac (ou du duodénum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Infection au helicobacter pylori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Syndrome du côlon irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Reflux gastro-œsophagien (GERD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Endobrachyœsophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Œsophagite éosinophilique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Indigestion (Dyspepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladie cœliaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Diverticulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Troubles du Foie				
Cirrhose du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Hépatite chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Stéatose hépatique (NAFLD / NASH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Calculs biliaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Pancréatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Santé Mentale				
Dépression majeure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Trouble anxieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Trouble de toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Trouble bipolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Trouble de stress post-traumatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Schizophrénie ou trouble schizo- affectif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Trouble de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Trouble obsessionnel-compulsif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladies Épidémiques				

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Eczéma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladies des Os et des Articulations				
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Mal de dos chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Cervicalgie chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Fibromyalgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Goutte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladies Infectieuses				
Méningite ou encéphalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Human immunodeficiency virus (HIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Mononucléose ("Mono")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Tuberculose (TB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Syphilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Troubles Génétiques				
Syndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Anémie drépanocytaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Thalassémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Hémophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Fibrose kystique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Troubles Oculaires				
Dégénérescence maculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Rétinopathie diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Cataractes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Œil paresseux (amblyopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Troubles de la vision des couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Vision double (diplopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Maladies des Reins				
Maladies des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

FM02. Est-ce qu'un médecin a déjà dit à un membre de votre famille biologique immédiate qu'il avait un cancer?

Oui - Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent

Non → Passez à la question ME01

Ne sais pas → Passez à la question ME01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question ME01

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Poumons et/ou bronches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Lymphome non-hodgkinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
Autre Lymphome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Leucémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Mélanome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Cancer de la peau non mélanique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Glande thyroïde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
			#frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	# d'enfants__
Utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Pancréas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Cerveau - tumeur bénigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: _____ # demi- frères/sœurs: _____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Cerveau – tumeur maligne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
			nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	
Ovaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Myélome multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
OEsophage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Col de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Larynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

	Mère	Père	Frères/Sœurs	Enfants
			mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	
Testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Trachée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Anus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__
Autre Veuillez préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> #frères/sœurs nés des mêmes parents: ____ # demi- frères/sœurs: ____	<input type="checkbox"/> # d'enfants__

MÉDICAMENTS PRESCRITS

Vous avez déjà indiqué qu'on vous avait prescrit des médicaments.

Veillez répondre aux questions suivantes au sujet des médicaments d'ordonnance que vous prenez actuellement.

ME01. Prenez-vous actuellement un ou plusieurs médicaments prescrits par un médecin et remis par un pharmacien? Les médicaments d'ordonnance peuvent comprendre des

médicaments comme l'insuline, les timbres de nicotine, les méthodes de contraception (pilules, timbres ou injections) et les autres traitements hormonaux.

Oui

Non → Passez à la question AM01

Ne sais pas → Passez à la question AM01

Préfère ne pas répondre → Passez à la question AM01

ME02. Combien de médicaments prenez-vous actuellement?

_____ Nombre

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Veillez indiquer le nom et le numéro d'identification du médicament (DIN) de chaque médicament prescrit que vous prenez actuellement.

Le DIN est un numéro à 8 chiffres qui devrait être imprimé sur l'étiquette que le pharmacien appose sur le contenant. Il ne s'agit PAS du numéro de l'ordonnance. Le DIN n'est pas requis pour remplir cette section du questionnaire. Si votre médicament sur ordonnance n'a pas de DIN, entrez seulement le nom du médicament.

Veillez entrer un médicament pour chaque ligne.

Médicament	Nom du médicament	Numéro d'identification du médicament
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

<i>n</i>		
----------	--	--

Les questions suivantes seront posées seulement aux femmes enceintes :

ME01p. Dans les trois mois ayant précédé votre grossesse, avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin et dispensés par un pharmacien? Les médicaments sur ordonnance peuvent inclure des produits tels que l'insuline, les timbres de nicotine, les contraceptifs (pilules, timbres ou injections) et d'autres formes de thérapie hormonale.

Oui

Non

Ne sais pas

Préfère ne pas répondre

Pour chaque médicament prescrit que vous avez pris pendant les trois mois ayant précédé votre grossesse, veuillez indiquer le nom du médicament et (s'il est connu/disponible) le numéro d'identification du médicament (DIN).

Le DIN est un numéro à 8 chiffres habituellement imprimé sur l'étiquette apposée au contenant par le pharmacien. Ce n'est PAS le numéro de l'ordonnance. Le DIN n'est pas requis pour remplir la présente section du questionnaire. Si votre médicament d'ordonnance n'a pas de DIN, entrez seulement le nom du médicament.

Médicament	Nom du médicament	Numéro d'identification du médicament
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

n		
-----	--	--

MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

Dans la section qui suit, nous vous demandons quelques mesures corporelles élémentaires. Ces questions sont facultatives – si vous n’êtes pas à l’aise de fournir ces renseignements ou si vous ne connaissez pas les réponses, choisissez “Préfère ne pas répondre” et passez à la question suivante.

Tour de taille et hanches

Si vous n’avez pas de ruban à mesurer sous la main, vous pouvez utiliser une ficelle ou une corde et une règle pour mesurer la circonférence de votre taille et de vos hanches. Si vous ne souhaitez pas fournir ces mesures, passez à la prochaine section du questionnaire.

Je souhaite poursuivre avec cette section.

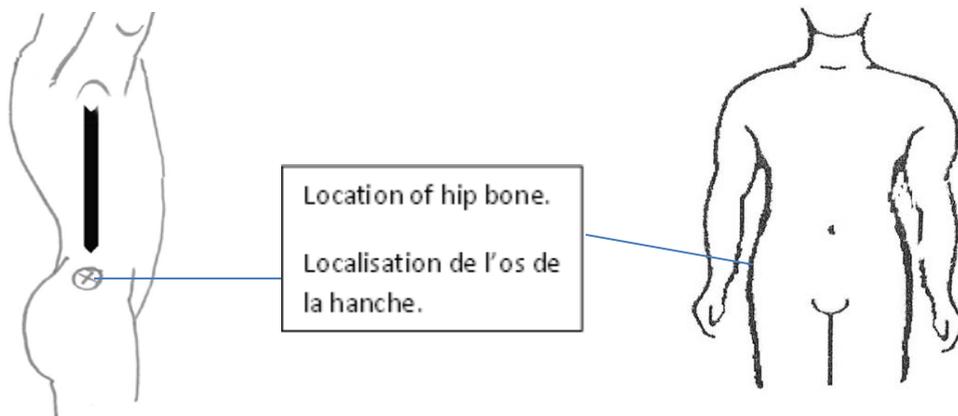
Veuillez me faire passer à la prochaine section du questionnaire.

Idéalement, prenez la prochaine série de mesures idéalement sans vêtements ou avec des sous-vêtements amples.

1. Tenez-vous devant un miroir pour vous aider à bien positionner le ruban à mesurer.
2. Tirez suffisamment sur le ruban pour qu’il ne glisse pas, mais sans qu’il marque la peau;
3. Inscrivez la mesure en pouces (ou en centimètres).

Tour de taille

Cette mesure se prend à un endroit précis le long de votre côté. Pour trouver cet endroit, il vous suffit de placer votre pouce sous votre aisselle et de le descendre ensuite en ligne droite jusqu’à ce que vous rencontriez l’os de la hanche (voir le diagramme).



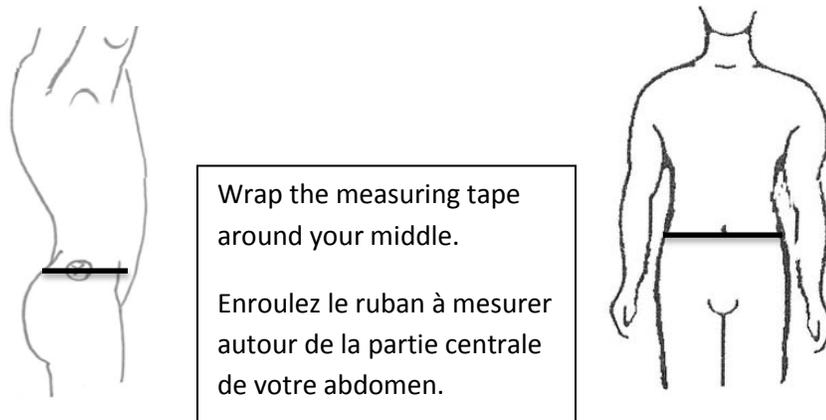
Enregistrer votre mesure au pouce ou au centimètre près.

À l'aide du miroir, alignez le bord inférieur du ruban avec le haut de vos hanches des deux côtés du corps.

Conseil: Un fois que vous l'aurez situé, il peut être utile de marquer le sommet de vos hanches avec un stylo afin de vous aider à bien placer le ruban.

Regardez dans le miroir et faites un tour sur vous-même pour vous assurer que le ruban est à la même hauteur tout autour et qu'il n'est pas tordu. Détendez-vous et prenez deux respirations normales. Après la deuxième respiration, resserrez doucement le ruban autour de votre taille. Prenez la mesure, **MÊME S'IL NE S'AGIT PAS DE VOTRE TOUR DE TAILLE HABITUEL.**

Notez la mesure en arrondissant au pouce (ou au centimètre) le plus près.



Mesure

Pouces ----> _____ Pouces

Centimètres -----> _____ Centimètres

Préfère ne pas répondre

Hanches

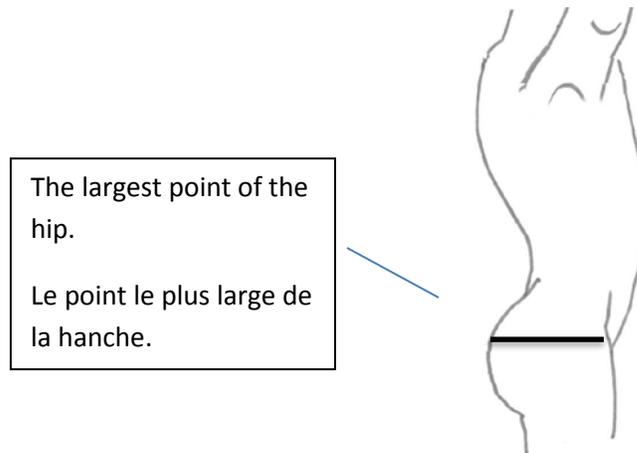
Enregistrer votre mesure au pouce ou au centimètre près.

Tenez-vous de profil devant un miroir, les pieds écartés à la même distance que les épaules.

Cherchez le point le plus large de vos fesses et placez le ruban à mesurer à cet endroit.

À présent, faites un tour complet sur vous-même devant le miroir pour vous assurer que le ruban à mesurer est au même niveau tout autour de votre corps. Procédez au mesurage.

Notez la taille de vos fesses en arrondissant au pouce (ou au centimètre) le plus près.



Mesure

Pouces -----> _____ Pouces

Centimètres -----> _____ Centimètres

Préfère ne pas répondre

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

Vous pourriez nous aider à faciliter la tâche aux participants à l'Étude sur la santé Ontario en répondant aux huit brèves questions qui suivent:

EQ01. Où avez-vous rempli le questionnaire? Veuillez cocher tous les choix qui s'appliquent.

Domicile / bureau à domicile

Lieu de travail

École

Domicile d'un ami

Bibliothèque publique

Café Internet

Autre - veuillez préciser : _____

EQ02. Indiquez en bas si vous êtes d'accord avec la déclaration suivant: J'ai trouvé la questionnaire facile à remplir.

- Totalement d'accord
- D'accord
- Sans opinion
- En désaccord
- Totalement en désaccord

EQ03. À quelle fréquence seriez-vous disposé à compléter d'autres questionnaires de longueur semblable à celui-ci?

- Tous les trois mois
- Tous les six mois
- Tous les douze mois
- Jamais

EQ04. Avez-vous eu de l'aide pour remplir ce questionnaire?

- Non
- J'ai eu besoin d'aide pour traduire quelques questions
- J'ai eu besoin d'aide à l'ordinateur pour remplir le questionnaire en ligne
- Quelqu'un d'autre a entré les réponses parce que j'ai une mobilité réduite
- J'ai demandé à mon/ma conjoint/e ou j'ai contacté des membres de ma famille pour trouver les réponses à quelques-unes des questions
- Autre

EQ05. Pensez aux raisons pour lesquelles vous avez décidé de participer à l'ÉSO. Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants.

J'ai décidé de prendre part à l'ÉSO parce que...

	Tout à fait d'accord	D'accord	Neutre	En désaccord	Tout à fait en désaccord
<i>...Je suis (ou un membre de ma famille est) atteint d'une maladie qui, je l'espère, sera étudiée dans le cadre de l'ÉSO.</i>					
<i>...J'espère faire une contribution à la connaissance scientifique qui aidera les citoyens de l'Ontario.</i>					
<i>...J'espère que ma participation aidera à résoudre des problèmes de santé partout dans le monde.</i>					
<i>...J'ai profité de la recherche scientifique, maintenant c'est à mon tour d'y contribuer.</i>					
<i>...Je n'ai pas beaucoup réfléchi à ma décision.</i>					

EQ06. Nous allons faire le suivi avec les participants qui ont consenté afin de leur demander à compléter des questionnaires additionnels au sujet de la dépression et de la santé mentale, de l'alimentation, du stress, de leurs parcours professionnel, de l'activité physique, et autres. Est-ce qu'il y a d'autres aspects de votre santé dont vous pensez qu'il serait important de nous faire part?

EQ07. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez nous dire au sujet de votre santé?

À une date ultérieure, nous aimerions vous inviter à vous porter volontaire pour fournir vos mesures corporelles ou un échantillon de sang ou de salive. Ces renseignements seront encore plus utiles aux chercheurs lorsqu'ils examineront les causes et les facteurs de risque des maladies. Ils seront particulièrement utiles lorsqu'ils examineront comment les gènes et les antécédents familiaux influent sur la santé. La participation à ces tests est tout à fait volontaire et facultative.

Il y a diverses façons de recueillir ces renseignements. Veuillez prendre connaissance des options suivantes et nous dire si vous seriez disposé à participer à l'une ou à l'ensemble de celles-ci:

	Oui	Peut-être	Non	Préfère ne pas répondre
Visiter le Centre d'évaluation au centre-ville de Toronto. Votre visite comporterait des analyses de la fonction respiratoire, de la force de préhension, et du pourcentage de gras corporel. Vous serez aussi invité à fournir volontairement de petits échantillons de sang et d'urine. À la fin de votre visite, vous recevrez les résultats de vos tests, ce qui vous donnera un aperçu de votre état de santé actuel. Votre visite durera environ 2 heures.				
Visiter un mini-centre d'évaluation dans votre voisinage. Au cours de votre visite, vous seriez invité à fournir volontairement un petit échantillon de sang ou de salive et à passer certains tests, tels que la mesure de la tension artérielle du pourcentage de				

	Oui	Peut-être	Non	Préfère ne pas répondre
gras corporel. Votre visite durera environ 45 minutes.				
Visiter un laboratoire dans votre voisinage pour fournir un petit échantillon de sang ou de salive.				
Fournir un petit échantillon de salive à l'aide d'une trousse que vous retourneriez par courrier à l'Étude dans une enveloppe préaffranchie.				
Rendez-vous à un hôpital de votre localité pour y passer d'autres tests d'imagerie tels qu'une IRM du cerveau, du cœur ou du foie.				

Veuillez cliquer sur « Terminer » pour compléter le questionnaire.

Bravo! Nous vous remercions d'avoir rempli le questionnaire.