

**ANTECEDENTS FAMILIAUX**

A ne remplir que pour le *proposant*, le *conjoint* et un *frère* ou une *soeur non-atteint(e)* et le *témoin*.

Je vais maintenant vous poser des questions sur les maladies respiratoires ou allergiques survenues dans votre famille.

**SITUATION DE FAMILLE**

- |  |   |    |                   |
|--|---|----|-------------------|
| 1. Quelle est votre situation de famille actuelle ?  |   | 1  | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> célibataire   | <input type="checkbox"/> marié(e) ou en concubinage | 7  | _ _ _ _           |
| Etes-vous séparé(e) ou divorcé(e) ?  | non - oui   | 10 | 1 1 _ _           |
| Si <b>oui</b> : depuis quelle année ? .....  |   |    |                   |
| Etes-vous veuf(ve)?  | non - oui   | 12 | _ _               |
| Si <b>oui</b> : depuis quelle année ?.....   |   | 13 | _ _ _ _ _ _       |
| 2. Avez-vous des <b>enfants</b> ?  | non - oui   | 16 | _ _ _ _ _         |
| Si <b>oui</b> ,  |   | 19 | _ _               |
| a) Combien ? .....   |   | 20 | _ _ _ _           |
| b) Avez-vous eu des enfants de conjoints précédents?   | non - oui   | 22 | _ _               |
| Si <b>oui</b>  |   | 23 | _ _ _ _           |
| 1) Combien d'enfants sont de votre conjoint actuel ?.....  |   |    |                   |
| 2) Donnez leurs prénoms: .....   |   |    |                   |
| c) Votre conjoint a-t-il eu des enfants d'un autre mariage ?   | non - oui   | 25 | _ _               |
| Si <b>oui</b> :  |   | 26 | _ _ _ _ _ _       |
| 1) Combien ? .....   |   |    |                   |
| 2) Vivent-ils avec vous ?  | non - oui   |    |                   |
| 3) Donnez leurs prénoms : .....  |   |    |                   |
| d) Avez-vous des jumeaux ?   | non - oui   | 29 | _ _               |
| Si <b>oui</b> :  |   | 30 | _ _ _ _ _         |
| 1) Donnez leurs prénoms ?.....   |   |    |                   |
| 2) Sont-ils de votre conjoint actuel ?   | non - oui   |    |                   |
| 3) Sont-ils de vrais jumeaux ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> je ne sais pas |   |    |                   |
| e) Avez-vous adopté des enfants ?  | non - oui   | 32 | _ _               |
| Si <b>oui</b> :  |   | 33 | _ _               |
| 1) Combien ? .....   |   |    |                   |
| 2) Donnez leurs prénoms : .....  |   |    |                   |
| 3. Avez-vous des <b>frères</b> ou <b>soeurs</b> ?  | non - oui   | 34 | _ _               |
| Si <b>oui</b> :  |   | 35 | _ _ _ _           |
| a) Combien ? .....   |   | 37 | _ _ _ _ _         |
| b) Avez-vous des demi-frères ou des demi-soeurs ?  | non - oui   | 39 | _ _ _ _ _         |
| Si <b>oui</b> , combien de demi-frères ou demi-soeurs avez-vous ? .....  |   |    |                   |
| c) Avez-vous des frères ou des soeurs adoptés  | non - oui   | 41 | _ _               |
| Si <b>oui</b> , 1) combien ?   |   | 42 | _ _               |
| 2) Donnez leurs prénom   |   | 43 | _ _               |
| d) Y-a-t-il des jumeaux parmi vos frères et soeurs et vous-même ?  | non - oui   |    |                   |
| Si <b>oui</b> :  |   |    |                   |
| 1) Donnez leurs prénoms?.....  |   |    |                   |
| 2) Sont-ils (Etes-vous) de vrais jumeaux ?   |   |    |                   |
| <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> je ne sais pas                                |   |    |                   |

EGEA  
Ad C/T/Fa

A. Votre père :

1. Nom : ..... Prénom : .....

2a. Année de naissance: ..... Lieu de naissance : .....

2b. De quel région ou pays est originaire sa famille ?

- par son père : .....

- par sa mère : .....

3. Est-il en vie ? non - oui

Si décédé, âge du décès : ..... Cause du décès : .....

4. A-t-il été soigné par un médecin pour :

a) Bronchite chronique non - oui

Si oui : Age du début de la maladie: .....

b) Emphysème non - oui

Si oui : Age du début de la maladie: .....

c) Pneumothorax non - oui

Si oui : Age du début de la maladie : .....

d) Asthme non - oui

Si oui : Age du début de la maladie: .....

(éventuellement) âge de disparition de la maladie : .....

âge de réapparition : .....

e) Cancer du poumon non - oui

Si oui : Age du début de la maladie: .....

f) Une autre maladie respiratoire non - oui

Si oui, laquelle..... Age du début de la maladie : .....

g) rhinite allergique (rhume des foins) non - oui

h) Urticaire non - oui

i) Sinusite non - oui

j) Choc anaphylactique non - oui

k) Eczéma dans l'enfance non - oui

5. A-t-il déjà été opéré pour des polypes dans le nez ? non - oui

6. A-t-il été soigné pour de l'allergie ? non - oui

Si oui, précisez la maladie : .....

7. A-t-il eu une désensibilisation allergique ? non - oui

8. A-t-il eu une (autre) maladie grave ? non - oui

Si oui, laquelle : .....

9. Si décédé, était-il fumeur ? non - oui

10. Si en vie, actuellement fume-t-il ? non - oui

→ Si oui : Sa consommation est-elle  légère (moins de 10 cigarettes/jour)

moyenne (entre 10 et 20 cigarettes/jour)

élevée (plus d'un paquet/jour)

→ Si non : A-t-il fumé dans le passé ? non - oui

1 | | | | | | | | | |

7 | | | |

10 | 1 | 2 |

12 | | | |

15 | | | | | | | | | |

22 | | | | | | | |

27 | | | | | | | |

32 | | | | | | | | | |

38 | | | | | |

41 | | | | | |

44 | | | | | |

47 | | | | | |

50 | | | | | | | |

54 | | | | | |

57 | | | | | |

60 | |

61 | |

62 | |

63 | |

64 | |

65 | |

66 | | | |

68 | |

69 | |

70 | |

71 | |

72 | |

73 | |

74 | | | | | |

- B. Votre mère :
1. Nom de jeune fille : ..... Prénom : .....
- 2a. Année de naissance : ..... Lieu de naissance : .....
- 2b. De quelle région ou pays est originaire sa famille?  
 - par son père : .....  
 - par sa mère : .....
3. Existe-t-il un lien de parenté entre vos parents ? non - oui  
 Si oui, sont-ils  
 cousins germains  oncle-nièce  tante neveu  cousins éloignés
4. Est-elle en vie ? non oui  
 Si décédée, âge du décès : ..... Cause du décès : .....
5. A-t-elle été soignée par un médecin pour :
- a) Bronchite chronique non - oui  
 Si oui : Age du début de la maladie: .....
- b) Emphysème non - oui  
 Si oui : Age du début de la maladie: .....
- c) Pneumothorax non - oui  
 Si oui : Age du début de la maladie : .....
- d) Asthme non - oui  
 Si oui : Age du début de la maladie: .....  
 (éventuellement) âge de disparition de la maladie : .....  
 âge de réapparition : .....
- e) Cancer du poumon non - oui  
 Si oui : Age du début de la maladie: .....
- f) une autre maladie respiratoire non - oui  
 Si oui, laquelle..... Age du début de la maladie : .....
- g) Rhinite allergique (rhume des foins) non - oui
- h) Urticaire non - oui
- i) Sinusite non - oui
- j) Choc anaphylactique non - oui
- k) Eczéma dans l'enfance non - oui
6. A-t-elle déjà été opérée pour des polypes dans le nez ? non - oui
7. A-t-elle été soignée pour de l'allergie? non - oui  
 Si oui, précisez la maladie : .....
8. A-t-elle eu une désensibilisation allergique ? non - oui
9. A-t-elle eu une (autre) maladie grave ? non - oui  
 Si oui, laquelle : .....
10. Si décédée, était-elle fumeuse ? non - oui
11. Si en vie, actuellement fume-t-elle ? non - oui  
 → Si oui : Sa consommation est-elle  légère (moins de 10 cigarettes/jour)  
 moyenne (entre 10 et 20 cigarettes/jour)  
 élevée (plus d'un paquet/jour)
- Si non : A-t-elle fumé dans le passé ? non - oui

1 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

7 | \_ | \_ | \_ | \_ |

10 | 1 | 3 |

12 | \_ | \_ | \_ | \_ |

15 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

22 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

27 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

32 | \_ | \_ | \_ | \_ |

34 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

40 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

43 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

46 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

49 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

52 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

56 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

59 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

62 | \_ | \_ |

63 | \_ | \_ |

64 | \_ | \_ |

65 | \_ | \_ |

66 | \_ | \_ |

67 | \_ | \_ |

68 | \_ | \_ | \_ | \_ |

70 | \_ | \_ |

71 | \_ | \_ |

72 | \_ | \_ |

73 | \_ | \_ |

74 | \_ | \_ |

75 | \_ | \_ |

76 | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

C. Votre **frère ou soeur** (une feuille pour chaque frère ou soeur) :

1. Nom: ..... Prénom : .....

2. Sexe :  masculin  féminin Année de naissance:.....

3. Nom et prénom du père : .....  
Nom de jeune fille et prénom de la mère: .....

4. Est-il(elle) en vie ? non - oui  
Si décédé(e), âge du décès : ..... Cause du décès : .....

→ Si votre frère ou votre soeur a **moins de 16 ans**, passer à la question 12, sinon

5. A-t-il(elle) été soigné(e) par un médecin pour :

a) Bronchite chronique non - oui

Si oui : Age du début de la maladie: .....

b) Emphysème non - oui

Si oui : Age du début de la maladie: .....

c) Pneumothorax non - oui

Si oui : Age du début de la maladie : .....

d) Asthme non - oui

Si oui : Age du début de la maladie: .....

(éventuellement) âge de disparition de la maladie : .....  
âge de réapparition : .....

e) Cancer du poumon non - oui

Si oui : Age du début de la maladie: .....

f) Mucoviscidose non - oui

g) une autre maladie respiratoire non - oui

si oui, laquelle..... Age du début de la maladie : .....

h) rhinite allergique (rhume des foins) non - oui

i) Urticaire non - oui

j) Sinusite non - oui

k) Choc anaphylactique non - oui

l) Eczéma dans l'enfance non - oui

6. A-t-il(elle) déjà été opéré(e) pour des polypes dans le nez? non - oui

7. A-t-il(elle) été soigné(e) pour de l'allergie ? non - oui

Si oui, précisez la maladie : .....

8. A-t-il(elle) eu une désensibilisation allergique ? non - oui

9. A-t-il(elle) eu une (autre) maladie grave ? non - oui

Si oui, laquelle : .....

10. Si décédé(e), était-il(elle) fumeur(se) ? non - oui

11. Si en vie, actuellement fume-t-il(elle) ? non - oui

→ Si oui : Sa consommation est-elle  légère (moins de 10 cigarettes/jour)  
 moyenne (entre 10 et 20 cigarettes/jour)  
 élevée (plus d'un paquet/jour)

→ Si non : A-t-il (elle) fumé dans le passé ? non - oui

1 | | | | | | | | | |  
7 | | | | | | | | | |  
10 | 1 | 4 | | | | | | | |  
12 | | | | | | | | | |  
15 | | | | | | | | | |  
18 | | | | | | | | | |  
20 | | | | | | | | | |  
26 | | | | | | | | | |  
29 | | | | | | | | | |  
32 | | | | | | | | | |  
35 | | | | | | | | | |  
38 | | | | | | | | | |  
42 | | | | | | | | | |  
45 | | | | | | | | | |  
46 | | | | | | | | | |  
49 | | | | | | | | | |  
50 | | | | | | | | | |  
51 | | | | | | | | | |  
52 | | | | | | | | | |  
53 | | | | | | | | | |  
54 | | | | | | | | | |  
55 | | | | | | | | | |  
57 | | | | | | | | | |  
58 | | | | | | | | | |  
59 | | | | | | | | | |  
60 | | | | | | | | | |  
61 | | | | | | | | | |  
62 | | | | | | | | | |  
63 | | | | | | | | | |

→ Si votre frère ou votre soeur a moins de 16 ans

11. Est-il(elle) **né(e) prématurément** (c'est à dire au moins un mois avant la date prévu(e) de la naissance) ?

non - oui

67 | \_ |

12. A-t-il(elle) été soigné(e) par un médecin pour

a) une bronchite, une bronchiolite, une pneumonie, une broncho-pneumonie ou des complications pulmonaires lors d'une grippe avant l'âge de 2 ans ?

non - oui

68 | \_ |

b) une bronchite asthmatiforme avant l'âge de 2 ans ?

non - oui

69 | \_ |

c) un pneumothorax ?

non - oui

70 | \_ |

d) de l'asthme ?

non - oui

71 | \_ |

Si oui : Age de début de la maladie : .....

72 | \_ | \_ |

(éventuellement) âge de disparition de la maladie : .....

74 | \_ | \_ | \_ | \_ |

âge de réapparition : .....

e) mucoviscidose ?

non - oui

78 | \_ |

f) une autre maladie respiratoire

non - oui

79 | \_ |

Si oui, laquelle : .....

âge de début de la maladie : .....

80 | \_ | \_ | \_ |

g) de l'urticaire ?

non - oui

83 | \_ |

h) une sinusite ?

non - oui

84 | \_ |

i) un choc anaphylactique ?

non - oui

85 | \_ |

j) de l'eczéma avant l'âge de 2 ans ?

non - oui

86 | \_ |

k) de l'eczéma après l'âge de 2ans ?

non - oui

87 | \_ |

13. A-t-il(elle) déjà été opéré(e) pour des polypes dans le nez ?

non - oui

88 | \_ |

14. A-t-il(elle) été soigné(e) pour de l'allergie ?

non - oui

89 | \_ | \_ |

Si oui, précisez la maladie : .....

15. A-t-il(elle) eu une (autre) maladie grave ?

non - oui

91 | \_ |

16. A-t-il(elle) eu une (autre) maladie grave ?

non - oui

92 | \_ |

Si oui, précisez : .....

→ Si l'enfant a plus de 7 ans :

17. A-t-il(elle) déjà fumé une cigarette ?

non - oui

93 | \_ |

Si oui : Fume-t-il(elle) actuellement au moins une cigarette par semaine ?

non - oui

94 | \_ |

Si oui : Combien fume-t-il(elle) de cigarettes par jour ? : .....

95 | \_ | \_ |

97 | \_ | \_ | \_ | \_ |

**D. Votre conjoint ou concubin (actuel ou dernier) :**

1. **Nom** (de jeune fille pour les femmes) : ..... Prénom : .....

2. **Année de naissance** : ..... **Lieu de naissance** : .....  
**Année de mariage** : .....

2b. De quelle région ou pays est originaire sa famille ?  
 - par son père : .....  
 - par sa mère : .....

3. A-t-il(elle) un **lien de parenté** avec vous-même ? non -oui  
 Si **oui**, Etes-vous  
 cousins germains  oncle-nièce  tante neveu  cousins éloignés

4. Est-il(elle) **en vie** ? non -oui  
 Si **décédé(e)**, âge du décès : ..... Cause du décès : .....

5. A-t-il(elle) été **soigné(e)** par un médecin pour :

a) Bronchite chronique non -oui  
 Si **oui** : Age du début de la maladie : .....

b) Emphysème non -oui  
 Si **oui** : Age du début de la maladie : .....

c) Pneumothorax non -oui  
 Si **oui** : Age du début de la maladie : .....

d) Asthme non -oui  
 Si **oui** : Age du début de la maladie : .....  
 (éventuellement) âge de disparition de la maladie : .....  
 âge de réapparition : .....

e) Cancer du poumon non - oui  
 Si **oui** : Age du début de la maladie : .....

f) Mucoviscidose non -oui

g) une autre maladie respiratoire non -oui  
 Si **oui**, laquelle.....Age du début de la maladie:.....

h) Rhinite (rhume des foins) non -oui

i) Urticaire non -oui

j) Sinusite non -oui

k) Choc anaphylactique non -oui

l) Eczéma dans l'enfance non -oui

6. A-t-il(elle) déjà été opéré(e) pour des polypes dans le nez? non -oui

7. A-t-il(elle) été soigné(e) pour de l'allergie? non -oui  
 Si **oui**, précisez la maladie : .....

8. A-t-il(elle) eu une désensibilisation allergique ? non -oui

9. A-t-il eu une (autre) maladie grave ? non - oui  
 Si **oui**, laquelle : .....

10. Si **décédé(e)**, était-il(elle) fumeur(se) ? non - oui

11. Si **en vie**, actuellement fume-t-il (elle) ? non - oui  
 → Si **oui** : Sa consommation est-elle  légère (moins de 10 cigarettes/jour)  
 moyenne (entre 10 et 20 cigarettes/jour)  
 élevée (plus d'un paquet/jour)

→ Si **non** : A-t-il(elle) fumé dans le passé ? 6 non - oui

1 | | | | | | | | | | |

7 | | | | |

10 | 1 | 5 |

12 | | | | |

15 | | | | | | | | | | |

22 | | | | |

24 | | | | | | | | |

29 | | | | | | | | |

34 | | |

35 | | |

36 | | | | | | | | | | |

42 | | | | | | | | |

45 | | | | | | | | |

48 | | | | | | | | |

51 | | | | | | | | |

54 | | | | | | | | | | |

58 | | | | | | | | |

61 | | | |

62 | | | | | | | | |

65 | | | |

66 | | | |

67 | | | |

68 | | | |

69 | | | |

70 | | | |

71 | | | | | |

73 | | | |

74 | | | |

75 | | | |

76 | | | |

77 | | | |

78 | | | |

79 | | | | | | | | |

- E. Votre enfant (une feuille par enfant):
1. Nom : ..... Prénom : .....
- Nom et prénom de l'autre parent (nom de jeune fille pour la mère) : .....
- Sexe :  masculin  féminin Année de naissance : .....
2. Est-il (elle) en vie ? non - oui  
Si décédé(e), âge au décès : ..... Cause du décès : .....
- Si l'enfant a moins de 16 ans, passer à la question 11, sinon
3. Est-il(elle) né(e) prématurément (c'est-à-dire au moins un mois avant la date prévue de la naissance) ? non - oui
4. A-t-il (elle) été soigné(e) par un médecin pour :
- a) Bronchite chronique non - oui  
Si oui : Age du début de la maladie : .....
  - b) Emphysème non - oui  
Si oui : Age du début de la maladie : .....
  - c) Pneumothorax non - oui  
Si oui : Age du début de la maladie : .....
  - d) Asthme non - oui  
Si oui : Age du début de la maladie : .....  
(éventuellement) âge de disparition de la maladie : .....  
âge de réapparition : .....
  - e) Cancer du poumon non - oui  
Si oui : Age du début de la maladie : .....
  - f) Mucoviscidose non - oui
  - g) une autre maladie respiratoire non - oui  
Si oui, laquelle ..... âge du début de la maladie : .....
  - h) Rhinite allergique (rhume des foins) non - oui
  - i) Urticaire non - oui
  - j) Sinusite non - oui
  - k) Choc anaphylactique non - oui
  - l) Eczéma dans l'enfance non - oui
5. A-t-il (elle) déjà été opéré(e) pour des polypes dans le nez ? non - oui
6. A-t-il (elle) été soigné(e) pour de l'allergie ? non - oui  
Si oui, précisez la maladie : .....
7. A-t-il (elle) eu une désensibilisation allergique ? non - oui
8. A-t-il (elle) eu une (autre) maladie grave ? non - oui  
Si oui, précisez : .....
9. Si décédé(e), était-il(elle) fumeur(se) ? non - oui
10. Si en vie, actuellement fume-t-il(elle) ? non - oui  
→ Si oui : Sa consommation est-elle  légère (moins de 10 cigarettes/jour)  
 moyenne (entre 10 et 20 cigarettes/jour)  
 élevée (plus d'un paquet/jour)
- Si non : A-t-il(elle) fumé dans le passé ? non - oui

1 | | | | | | | | | |

7 | | | | |

10 | 1 | 6 | | | | |

12 | | | | |

15 | | | | |

17 | | | | |

20 | | | | | | | | | |

26 | | | | |

27 | | | | | | | | | |

30 | | | | | | | | | |

33 | | | | | | | | | |

36 | | | | | | | | | |

39 | | | | | | | | | |

43 | | | | | | | | | |

46 | | | | |

47 | | | | | | | | | |

50 | | | | |

51 | | | | |

52 | | | | |

53 | | | | |

54 | | | | |

55 | | | | |

56 | | | | | | | | | |

58 | | | | |

59 | | | | |

60 | | | | |

61 | | | | |

62 | | | | |

63 | | | | |

64 | | | | | | | | | |

→ Si votre enfant a moins de 16 ans

11. Est-il(elle) **né(e) prématurément** (c'est à dire au moins un mois

avant la date prévu(e) de la naissance) ?

non - oui

68 | \_ |

12. A-t-il(elle) été soigné(e) par un médecin pour

a) une bronchite, une bronchiolite, une pneumonie, une broncho-pneumonie ou des complications pulmonaires lors d'une grippe avant l'âge de 2 ans ?

non - oui

69 | \_ |

b) une bronchite asthmatiforme avant l'âge de 2 ans ?

non - oui

70 | \_ |

c) un pneumothorax ?

non - oui

71 | \_ |

d) de l'asthme ?

non - oui

72 | \_ |

Si oui : Age de début de la maladie : .....

73 | \_ | \_ |

(éventuellement) âge de disparition de la maladie : .....

75 | \_ | \_ | \_ | \_ |

âge de réapparition : .....

e) mucoviscidose ?

non - oui

79 | \_ |

f) une autre maladie respiratoire

non - oui

80 | \_ |

Si oui, laquelle : .....

81 | \_ | \_ | \_ |

âge de début de la maladie : .....

g) de l'urticaire ?

non - oui

84 | \_ |

h) une sinusite ?

non - oui

85 | \_ |

i) un choc anaphylactique ?

non - oui

86 | \_ |

j) de l'eczéma avant l'âge de 2 ans ?

non - oui

87 | \_ |

k) de l'eczéma après l'âge de 2 ans ?

non - oui

88 | \_ |

13. A-t-il(elle) déjà été opéré(e) pour des polypes dans le nez ?

non - oui

89 | \_ |

14. A-t-il(elle) été soigné(e) pour de l'allergie ?

non - oui

90 | \_ | \_ |

Si oui, précisez la maladie : .....

15. A-t-il(elle) eu une (autre) maladie grave ?

non - oui

92 | \_ |

16. A-t-il(elle) eu une (autre) maladie grave ?

non - oui

Si oui, précisez : .....

93 | \_ |

→ Si l'enfant a plus de 7 ans :

17. A-t-il(elle) déjà fumé une cigarette ?

non - oui

Si oui : Fume-t-il(elle) actuellement au moins une cigarette par semaine ?

non - oui

94 | \_ |

Si oui : Combien fume-t-il(elle) de cigarettes par jour ? .....

95 | \_ |

96 | \_ | \_ |

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

98 | \_ | \_ | \_ |