

8 Avez-vous déjà utilisé des traitements à base de testostérone (ou des traitements contenant une hormone mâle) avant la prescription d'aujourd'hui ?

Oui → Nombre d'années d'utilisation ____

Non → Allez à la question 9

8a Combien de marques différentes de ce type de traitement avez-vous utilisées au total ?

8b Quel est le nom du dernier traitement de ce type que vous avez utilisé avant la prescription de ce jour ? _____

Date de début de traitement ____/____/____ et date de fin de traitement ____/____/____

mois année

mois année

9 Vous a-t-il déjà été dit PAR UN MEDECIN que vous aviez une des maladies ou pathologies suivantes ?

Indiquez s'il vous plait, si cette maladie ou pathologie a été traitée par un médecin.
SVP cochez la case correspondante sur chaque ligne

Maladie ou pathologie:			Avez-vous été traitée par un médecin ?	
	Non	Oui	Oui	Non
Hypertension artérielle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taux élevé de cholestérol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète sucré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine de poitrine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus du myocarde (crise cardiaque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un électrocardiogramme a-t-il été pratiqué ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Attaque (accident vasculaire cérébral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caillot sanguin dans une jambe (phlébite) ou un poumon (embolie) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui, traité avec des fluidifiants sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lesquels? _____				
Tumeur du sein bénigne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui, précisez SVP: _____				
Cancer du sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de l'utérus/matrice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer des ovaires.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre type de cancer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui, précisez SVP: _____				
Avez-vous déjà subi une opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Si Oui, précisez SVP: _____				

10 Un de vos parents, frère ou sœur, est-il décédé d'un infarctus du myocarde (crise cardiaque) ou d'un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 50 ans ?

- Oui → Qui? Mère Père Frère(s)/sœur(s)
- Non

11 Un de vos parents, frère ou sœur, a-t-il déjà eu un caillot sanguin dans une jambe ou un poumon ?

- Oui → Qui? Mère Père Frère(s)/sœur(s)
- Non

12 Votre mère ou votre (vos) sœur(s) a (ont) t'elle(s) déjà eu un cancer du sein ?

- Oui → Qui? Mère Soeur(s)
- Non

13 Suivez-vous régulièrement d'autres traitements médicamenteux ?

- Oui Précisez s'il vous plait _____
- Non

14 Quel est votre poids ? _____ kg

15 Quelle est votre taille ? _____ cm

16 Fumez-vous régulièrement des cigarettes (au moins 1 cigarette par jour) ?

- Oui → Combien de cigarettes par jour ? _____
- Non, j'ai arrêté → Combien de cigarettes par jour fumiez-vous ? _____
- Non, je n'ai jamais fumé régulièrement

17 A quelle fréquence buvez-vous de l'alcool ?

- Jamais Occasionnellement Régulièrement (plus de 5 verres /semaine)

18 A quelle fréquence pratiquez-vous des exercices physiques ?

- Jamais Occasionnellement Régulièrement (au moins 2 fois / semaine)

19 Combien d'années de scolarité avez-vous suivi (formation technique ou universitaire incluse) ? _____ années

20 Date à laquelle le questionnaire a été rempli: _____ / _____ / _____ (jour/mois/année)

MERCI ! VOTRE TEMPS ET VOTRE IMPLICATION SONT HAUTEMENT APRECIES!