

Etude EMPOWER

Questionnaire de suivi

8 /
/
Code Pays Numéro Médecin Numéro Patient

1. Avez-vous eu une des maladies suivantes pour la première fois depuis notre dernier contact en (mois/année) ?

Pour chaque item listé ci-dessous, cochez s'il vous plait la case appropriée.

			Si "oui", depuis quand?	Avez-vous été traitée par un médecin ?	
	Non	Oui	Mois / Année	Oui	Non
Maladies ou pathologies:					
Nouvel épisode d'hypertension artérielle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, traitée avec un médicament anti-hypertenseur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nouvel épisode de diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, traité avec des injections d'insuline ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Traité avec des comprimés ?	<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"/>
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"/>
Tumeur du sein bénigne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui, précisez _____					
Cancer du sein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre cancer gynécologique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Oui, précisez _____					
Raucité de la voix.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augmentation de la taille du clitoris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre maladie grave / opération(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si Oui, précisez: _____		→	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		→	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		→	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page SVP !

_____/_____/_____
Code Pays

Numéro Médecin

Numéro Patient

Si vous avez mentionné un quelconque problème de santé dans le questionnaire, comme une maladie ou un séjour à l'hôpital en rapport avec cette étude, nous souhaiterions vous poser, ou poser à votre médecin, quelques questions supplémentaires. Au début de cette enquête, vous nous avez fourni votre autorisation, comme vous devez vous en souvenir.

Nous vous serions reconnaissant de remplir la section qui suit. Merci de renvoyer cette feuille avec le questionnaire dans l'enveloppe fournie. Afin de protéger votre anonymat nous vous demandons d'utiliser cette feuille séparément.

Encore merci pour votre coopération !

A quel numéro de téléphone pouvons-nous vous contacter en cas de questions additionnelles ou si nous souhaitons clarifier l'une de vos réponses ? Merci de nous indiquer un numéro de téléphone _____

Si vous avez mentionné une maladie ou un autre problème de santé dans le questionnaire, nous autorisez-vous à contacter votre médecin traitant pour plus d'information ?

Oui Non

Quels sont le nom et l'adresse (numéro de téléphone) du médecin ou de l'hôpital où vous avez été traitée ?

Votre adresse a-t-elle change depuis notre dernier contact (mois/année) Oui Non

OU

Envisagez-vous de déménager dans les prochains mois/semaines ? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez nous s'il vous plait votre nouvelle adresse:

Ancienne adresse:

Nouvelle adresse/ adresse corrigée:

Tel fixe /mobile _____

Fax: _____

E-Mail: _____