

## Questionnaire médical

---

### Fiche nominative de la personne atteinte

(feuillelet détachable à communiquer à la société d'enquête)

La personne a-t-elle donné son accord ÉCRIT pour sa participation à l'enquête?

Oui

Non

Après vérification, la personne correspond bien aux critères d'éligibilité?

Oui

Non

---

(Écrire en majuscules)

Nom du patient.....  
Prénom.....  
Adresse du patient.....  
Code postal.....  
Ville.....  
Téléphone           |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|

### Anonymisation du questionnaire

Régime d'assurance maladie-----> CNAMTS  (1)   MSA  (2)   AMPI  (3)

Identifiant caisse d'assurance maladie-----> |\_|\_|\_|

Numéro d'ordre de la personne-----> |\_|\_|\_|

### Fiche médicale

#### A. Identification

A1- Régime d'assurance maladie

CNAMTS  (1)

MSA  (2)

AMPI  (3)

A2- Identifiant caisse d'assurance maladie

|\_|\_|\_|

A3- Numéro d'ordre de la personne

|\_|\_|\_|

A4- Sexe

Masculin

Féminin

**A5- Année de naissance**

|\_|\_|\_|\_|

**A6- Dans quel cas de figure vous trouvez-vous? (une seule réponse possible)**

- Patient décédé
- Patient radié
- Patient n'habitant pas à l'adresse indiquée
- Pas de retour courrier, pas de contact téléphonique
- Accord oral par téléphone mais sans courrier
- Accord écrit
- Refus par téléphone
- Refus écrit
- Autre. Précisez (*en majuscules*)

.....

## B. Nature et évolution de la maladie

**B1- Code CIM 10 (à 3 caractères)**

|C|\_|\_|

**B2- Quel est le diagnostic? (en clair) (en majuscules)**

.....

**B3- À quelle date l'ALD a-elle pris effet?**

(date de mise en ALD ou d'exonération) (JJ/MM/AAAA)

|\_|\_| /|\_|\_| /|\_|\_|\_|\_|

**B4- Année du diagnostic (si différente de l'année de prise d'effet de l'ALD)**

|\_|\_|\_|\_|

**Arrêt de la procédure de remplissage pour les patients inéligibles.**

**B5- S'agit-il d'un premier cancer?**

- Oui                       Non

**B6- Quel est le stade évolutif actuel du cancer?**

- Rémission complète
- Maladie stable
- Maladie évolutive

**Pour les tumeurs solides :**

**B7- À quel stade le cancer a-t-il été diagnostiqué?**

- Localisé
- Régional
- Métastatique

**Pour les tumeurs hématologiques :**

**B8- Pour les lymphomes lors du diagnostic, il s'agissait d'un :**

- Haut grade
- Bas grade

**B9- Pour les maladies de Hodgkin lors du diagnostic, il s'agissait d'une maladie**

- Localisée                       Étendue

## C. Nature des traitements du cancer

### C1- Le patient a-t-il subi le ou les traitements suivants?

- |   |                              |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Chirurgie   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> nsp |
| Chimiothérapie  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> nsp |
| Radiothérapie   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> nsp |
| Hormonothérapie   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> nsp |
| Curiethérapie   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> nsp |
| Immunothérapie  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> nsp |
| Surveillance seulement (sans traitement anti-cancéreux) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> nsp |
| Autres  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> nsp |
- Précisez (en majuscules).....
- .....

### C2- Le patient reçoit-il actuellement un ou plusieurs traitements antalgiques de niveau III (opioïdes forts) Oui Non (molécules niveau III = buprénorphine, fentanyl, hydromorphone, morphine, nalbuphine, oxycodone)

#### En cas de chirurgie

### C3- Sur quel(s) organe(s) la ou les interventions ont-elles porté et quelle a été la ou les interventions pratiquées? (plusieurs réponses possibles)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sein                        | <input type="checkbox"/> Tumorectomie                                | <input type="checkbox"/> Curage ganglionnaire    |
|  | <input type="checkbox"/> Mastectomie                                 | <input type="checkbox"/> Reconstruction mammaire |
| <input type="checkbox"/> Prostate                    | <input type="checkbox"/> Prostatectomie radicale                     | <input type="checkbox"/> Résection endoscopique  |
| <input type="checkbox"/> Côlon-rectum                | <input type="checkbox"/> Traitement endoscopique                     |  |
|  | <input type="checkbox"/> Exérèse colique/rectale partielle ou totale |  |
|  | <input type="checkbox"/> Colostomie temporaire                       | <input type="checkbox"/> Colostomie définitive   |
|  | <input type="checkbox"/> Conservation du sphincter                   |  |
| <input type="checkbox"/> Poumon                      | <input type="checkbox"/> Lobectomies                                 | <input type="checkbox"/> Pneumonectomie          |
| <input type="checkbox"/> ORL                         | <input type="checkbox"/> Chirurgie conservatrice                     | <input type="checkbox"/> Chirurgie radicale      |
|  | <input type="checkbox"/> Gastrostomie                                | <input type="checkbox"/> Trachéotomie définitive |
| <input type="checkbox"/> Vessie                      | <input type="checkbox"/> Résection endoscopique                      | <input type="checkbox"/> Cystectomie partielle   |
|  | <input type="checkbox"/> Cystectomie totale                          | <input type="checkbox"/> Urétérostomie           |
|  | <input type="checkbox"/> Pelvectomie                                 |  |
| <input type="checkbox"/> Utérus (corps, col), ovaire | <input type="checkbox"/> Hystérectomie                               |  |
|  | <input type="checkbox"/> Colpectomie                                 | <input type="checkbox"/> Ovariectomie            |
|  | <input type="checkbox"/> Stomie                                      | <input type="checkbox"/> Reconstruction          |
| <input type="checkbox"/> Foie                        | Précisez la nature des interventions (en majuscules)                 |  |
- .....

- Os      Précisez la nature des interventions (en majuscules)
- .....

- Système nerveux central      Précisez la nature des interventions (en majuscules)
- .....

- Autres. Précisez (en majuscules)

Localisation

Nature de l'intervention

.....

.....

.....

**En cas de radiothérapie**

**C4- Quelle a été la ou les zones irradiées? (plusieurs réponses possibles)**

- Encéphale     ORL     Sein     Poumon
- Médiastin     Rectum     Os     Pelvis
- Autres. Précisez les zones irradiées

**En cas de chimiothérapie**

**C5- Le patient a-t-il subi une autogreffe?     Oui     Non**

**D. Questionnaire sur le déroulement de l'enquête**

**D1- Date d'envoi de la demande d'accord de participation (JJ/MM/AAAA)**

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**D2- Y a-t-il eu relance de votre part pour obtenir une réponse de la personne?**

- Oui     Non

**D3- Avez-vous procédé à une relance téléphonique?**

- Oui     Non

**D4- En dehors de la relance, y a-t-il eu contact entre vous et la personne dans le cadre de l'enquête?**

- Oui     Non

**D5- Avez-vous reçu une réponse écrite à votre courrier?**

- Oui     Non

**D6- Si oui à quelle date (JJ/MM/AAAA)?**

|\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**D7- En cas de refus: pour quelle raison? (si connue)**

.....  
.....