

# Questionnaires EDEN

Visite spécifique de  
24-28 SA

Questionnaire posé par l'enquêtrice



Nom : ..... Prénom : .....

N° d'Identification :  Date de remplissage :

## Questionnaire posé par l'enquêtrice à la mère

### SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE

#### I. Diplôme, emploi

Avez-vous terminé vos études ? ☐0. non ☐1. oui

si oui, à quel âge avez-vous fini vos études ?  ans

Quel est le diplôme de niveau le plus élevé que vous avez obtenu ?

- ☐1. aucun diplôme
- ☐2. certificat d'études primaires
- ☐3. certificat d'aptitude professionnelle, CAP
- ☐4. brevet d'enseignement professionnel, BEP
- ☐5. bac professionnel
- ☐6. bac technologique
- ☐7. bac général
- ☐8. diplôme bac + 2 (DUT, BTS, DEUG)
- ☐9. diplôme d'enseignement supérieur (2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> cycle, grande école)
- ☐10. autre : précisez .....

Avez-vous un emploi actuellement ?

- ☐1. oui
- ☐2. non, vous êtes à la recherche d'un emploi
- ☐3. non, vous êtes étudiante
- ☐4. non, vous êtes femme au foyer
- ☐5. non, vous êtes en congé parental
- ☐6. autre, précisez .....

Quelle est votre profession actuelle ou la dernière profession que vous avez exercée ? *décrire de façon précise le métier et le secteur d'activité*

.....  
.....  
.....

**Si la répondante n'a pas d'emploi, passez à la question III, page 4**

## II. Conditions de travail

Quel est votre statut d'emploi ?

- ☐1. salariée en contrat à durée indéterminée
- ☐2. salariée en contrat à durée déterminée ou en emploi précaire
- ☐3. intérimaire
- ☐4. travailleur indépendant
- ☐5. employeur
- ☐6. apprentie ou stagiaire
- ☐7. aide-familiale
- ☐8. autre, précisez .....

Combien d'heures travaillez-vous, en moyenne, chaque semaine ?  heures

Travaillez-vous :

- ☐1. à temps plein
- ☐2. à temps partiel

Vous arrive-t-il de commencer votre travail ou de le terminer entre 21h00 et 6h00 du matin ?

- ☐0. non, jamais
- ☐1. oui, régulièrement
- ☐2. oui, occasionnellement

Est-ce que votre travail vous plaît ?

- ☐1. oui beaucoup
- ☐2. oui assez
- ☐3. moyennement
- ☐4. plutôt non
- ☐5. non pas du tout

Si vous pouviez changer de travail, est-ce que vous changeriez ?

- ☐0. non
- ☐1. oui
- ☐2. ne sait pas

### III. Situation familiale

Quel est votre situation familiale, d'un point de vue légal ?

- ☐1. mariée
- ☐2. célibataire
- ☐3. divorcée
- ☐4. séparée
- ☐5. veuve

Vivez-vous avec le père de l'enfant ?

- ☐0. non ☐1. oui
- si non, ☐1. vous vivez seule
- ☐2. vous vivez avec un autre compagnon
- ☐3. vous vivez chez vos parents
- ☐4. autres

Est-ce que votre partenaire (la personne avec qui vous vivez) a un emploi ?

- ☐1. oui
- ☐2. non, il est à la recherche d'un emploi
- ☐3. non, il est étudiant
- ☐4. non, il est inactif pour une autre raison : retraite, invalidité, etc.

Quelle est sa profession actuelle ou la dernière profession exercée ? *décrire de façon précise le métier et le secteur d'activité*

.....

.....

.....

Quel est son statut d'emploi ?

- ☐1. salarié en contrat à durée indéterminée
- ☐2. salarié en contrat à durée déterminée ou en emploi précaire
- ☐3. intérimaire
- ☐4. travailleur indépendant
- ☐5. employeur
- ☐6. apprenti ou stagiaire
- ☐7. aide-familiale
- ☐8. autre, précisez .....

Quel est le diplôme de niveau le plus élevé qu'il a obtenu ?

- ☐1. aucun diplôme
- ☐2. certificat d'études primaires
- ☐3. certificat d'aptitude professionnelle, CAP
- ☐4. brevet d'enseignement professionnel, BEP
- ☐5. bac professionnel
- ☐6. bac technologique
- ☐7. bac général
- ☐8. diplôme bac + 2 (DUT, BTS, DEUG)

☐ 9. diplôme d'enseignement supérieur (2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> cycle, grande école)

☐ 10. autre, *précisez* .....

Combien d'enfants y-a-t'il dans votre foyer? *ne pas compter l'enfant à naître*

#### IV. Revenus et difficultés financières

Quel est le montant des revenus mensuels de votre ménage (en incluant toutes les sources de revenus : salaires, allocations, pensions, etc.) ?

- ☐1. moins de 450 euros par mois (moins de 3 000 F)
- ☐2. de 451 à 800 euros par mois (de 3 000 à 5 000 F)
- ☐3. de 801 à 1 500 euros par mois (de 5 000 à 10 000 F)
- ☐4. de 1 501 à 2 300 euros par mois (de 10 000 à 15 000 F)
- ☐5. de 2 301 à 3 000 euros par mois (de 15 000 à 20 000 F)
- ☐6. de 3 001 à 3 800 euros par mois (de 20 000 à 25 000 F)
- ☐7. de 3 801 à 4 500 euros par mois (de 25 000 à 30 000 F)
- ☐8. plus de 4 500 euros par mois (plus de 30 000 F)

Avez-vous des difficultés financières pour nourrir votre famille ? ☐0. non ☐1. oui

Avez-vous des difficultés financières pour les besoins en vêtements de votre famille ?

☐0. non ☐1. oui

Avez-vous des difficultés financières pour payer le loyer, les frais de chauffage ou électricité de votre logement ?

☐0. non ☐1. oui

Au cours des 12 derniers mois, est-il arrivé que votre compte bancaire ou postal soit à découvert ?

- ☐0. non
- ☐1. oui de façon exceptionnelle
- ☐2. oui c'est arrivé plusieurs fois
- ☐3. oui c'est arrivé fréquemment

Avez-vous une mutuelle complémentaire ?

☐0. non ☐1. oui

Bénéficiez-vous de la couverture médicale universelle (CMU) ? ☐0. non ☐1. oui

Combien de pièces y a-t-il dans votre logement ?   
(ne pas compter la cuisine comme une pièce, ni les WC, ni la salle de bain)

Combien de personnes vivent dans ce logement régulièrement (ne pas compter le futur bébé) ?

Etes-vous : ☐1. propriétaire de votre logement  
☐2. locataire  
☐3. hébergée par de la famille ou des amis  
☐4. en foyer ou assimilé

Quand vous avez besoin d'être aidée (course, garde d'enfant, ...) pouvez-vous compter sur :

votre conjoint ou votre partenaire : ☐0. non ☐1. oui

quelqu'un d'autre de votre entourage : ☐0. non ☐1. oui

Quand vous avez des soucis, pouvez-vous en parler avec :

votre conjoint ou votre partenaire :    ☐0. non ☐1. oui

quelqu'un d'autre de votre entourage : ☐0. non ☐1. oui



## V. Origine géographique

Quelle est votre nationalité ? .....

Dans quel pays êtes-vous née ?

☐1. France métropolitaine

☐2. DOM-TOM

☐3. autre, précisez : .....

Si vous êtes née dans un pays étranger, à quel âge êtes-vous arrivée en France ?   ans

Quelle est votre langue maternelle (langue dans laquelle votre mère vous parlait lorsque vous étiez petite fille) ? .....

Dans quel pays votre père est-il né ?

☐1. France métropolitaine

☐2. DOM-TOM

☐3. autre, précisez : .....

Dans quel pays votre mère est-elle née ?

☐1. France métropolitaine

☐2. DOM-TOM

☐3. autre, précisez : .....

Quelle est la nationalité du futur père ?

☐1. France métropolitaine

☐2. DOM-TOM

☐3. autre, précisez : .....

Dans quel pays le futur père est-il né ?

☐1. France métropolitaine

☐2. DOM-TOM

☐3. autre, précisez : .....

## VI. Situation et événements dans l'enfance

Quand vous aviez 14 ans, quelle était la profession de votre père ?

.....

Quand vous aviez 14 ans, quelle était la profession de votre mère ?

.....

Quand vous aviez 14 ans, vous viviez :

☐1. avec vos deux parents

☐2. avec votre mère seule

☐3. avec votre mère et son conjoint

☐4. avec votre père seul

☐5. avec votre père et sa conjointe

☐6. avec vos grands-parents ou avec un autre membre de la famille

- ☐|7. en institution ou en pensionnat  
☐|8. en famille d'accueil  
☐|9. autre, précisez .....

Nous allons évoquer des situations que certaines personnes ont vécues pendant leur enfance ou adolescence.

Vous-même, avez-vous :

- |   |   |
|---|---|
| 1. souffert de privations matérielles                                     | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 2. été placée par l'Assistance publique à la DDASS                        | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 3. eu une mesure d'assistance éducative                                   | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 4. eu un conflit très grave avec vos ou l'un de vos parents               | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 5. constaté entre vos parents de graves tensions ou un climat de violence | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 6. subi des sévices ou reçu des coups répétés                             | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |

Pendant votre enfance avez-vous eu un des problèmes suivants qui inquiètent souvent les parents ou les enseignants (parfois à tort) :

- |   |   |
|---|---|
| 1. un retard de langage   | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 2. des difficultés pour vous exprimer oralement ou pour vous faire comprendre | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 3. des difficultés pour apprendre à lire                                      | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 4. des difficultés pour apprendre à écrire correctement (orthographe)         | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| 5. d'autres difficultés d'apprentissage à l'école                             | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| précisez .....  |   |
| 6. des problèmes de comportement  | <input type="checkbox"/>  0. non <input type="checkbox"/>  1. oui |
| précisez .....  |   |

si oui, avez-vous consulté un spécialiste pour ce(s) problème(s) ? ☐|0. non ☐|1. oui

si oui, précisez lequel : .....

précisez si c'était : ☐| régulièrement pendant un certain temps  
☐| plusieurs fois  
☐| une fois

## MODE DE VIE

### I. Tabagisme

Avez-vous fumé dans les 3 mois précédant votre grossesse : ☐0. non ☐1. oui  
si oui, combien de cigarettes par jour fumiez-vous ?

Fumiez-vous au début du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse ? ☐0. non ☐1. oui  
si oui, combien de cigarettes fumiez-vous par jour ?

Actuellement, fumez-vous ? ☐0. non ☐1. oui  
si oui, combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

### II. Consommation d'eau et d'alcool au 1<sup>er</sup> trimestre

#### II. A. L'eau

Au cours du premier trimestre de la grossesse, quelle quantité d'eau du robinet avez-vous bue en moyenne par jour ? (\*comptez environ 7 verres dans une bouteille de 1,5 l et 3 tasses dans un bol)

	à votre domicile	en dehors de votre domicile
Dans votre thé *	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour
Dans le café *	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour
En infusion *	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour
En verres d'eau*	<input type="text"/> <input type="text"/> verres/jour	<input type="text"/> <input type="text"/> verres/jour
Apéritif anisé	<input type="text"/> <input type="text"/> verres/jour	<input type="text"/> <input type="text"/> verres/jour
Ne boit pas d'eau du robinet	<input type="text"/> <input type="text"/>	

Quelle quantité d'eau minérale avez-vous bue en moyenne par jour ?

Dans votre thé *	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour	Marque d'eau : <input type="text"/> <input type="text"/>
Dans le café *	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour	Marque d'eau : <input type="text"/> <input type="text"/>
En infusion *	<input type="text"/> <input type="text"/> tasses/jour	Marque d'eau : <input type="text"/> <input type="text"/>
En verres d'eau*	<input type="text"/> <input type="text"/> verres/jour	Marque d'eau : <input type="text"/> <input type="text"/>
Apéritif anisé	<input type="text"/> <input type="text"/> verres/jour	Marque d'eau : <input type="text"/> <input type="text"/>
Ne boit pas d'eau minérale	<input type="text"/> <input type="text"/>	

#### II. B. L'alcool (si la femme ne boit pas d'alcool passer immédiatement à la section III : exposition à la pollution aérienne au 1<sup>er</sup> trimestre)

Consommiez-vous de l'alcool avant votre grossesse, ne serait-ce qu'un verre de temps en temps ? ☐0. non ☐1. oui

Si vous consommiez de l'alcool avant votre grossesse, avez-vous modifié votre consommation quand vous avez **décidé** d'être enceinte ? ☐0. non ☐1. oui ☐2. grossesse non décidée

- si oui,    ☐1. augmentation  
                  ☐2. diminution  
                  ☐3. autre, précisez .....

**Boissons alcoolisées :** Au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de votre grossesse, combien avez-vous consommé de verres en moyenne ?

**1) en semaine, du lundi au vendredi (indiquez le nombre de verres par jour)**  
 (si < 1 verre/jour coder S pour au moins 1/semaine ; coder M pour au moins 1/mois)

- |  |  |
|--|--|
| 1. de cidre  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. de vin blanc                                      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. de vin rouge ou rosé                              | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. de bière  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. d'apéritifs (pastis, cherry, porto, martini, ...) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. de champagne                                      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. d'alcools forts (whisky, gin, vodka, ...)         | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

**2) le week-end, du vendredi soir au dimanche soir**  
**(Indiquez le nombre de verres au total pendant le W-E)**  
 (si < 1 verre/week-end : coder E épisodiquement)

- |  |  |
|--|--|
| 1. de cidre  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. de vin blanc                                      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 3. de vin rouge ou rosé                              | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 4. de bière  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 5. d'apéritifs (pastis, cherry, porto, martini, ...) | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 6. de champagne                                      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 7. d'alcools forts (whisky, gin, vodka, ...)         | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

Au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de votre grossesse, à quelle fréquence avez-vous bu au moins 4 verres à une même occasion (fête, réunion familiales ou amicales, repas...) :

- ☐1. 3 fois ou plus par semaine  
☐2. 1 à 2 fois par semaine  
☐3. 2 à 3 fois par mois  
☐4. une fois par mois  
☐5. très rarement  
☐6. jamais

**Pour les femmes qui ont bu de l'alcool au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse**

Au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de votre grossesse :

A partir de combien de verres ressentiez-vous les effets de l'alcool ?

Avez-vous déjà senti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?

☐0. non ☐1 oui

Votre entourage vous a-t-il fait des remarques sur votre consommation d'alcool ?

☐0. non ☐1 oui

Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

☐0. non ☐1 oui

### III. Exposition à la pollution aérienne au cours de la semaine passée

1. *Enquêtrice*, entourez ici le jour de la semaine où ce questionnaire est rempli :

**Lu Ma Me Jeu Ven Sam Dim**

et indiquez la date :

2. Madame, nous allons maintenant comptabiliser le temps que vous avez passé dans la commune de votre domicile principal *lors des 7 derniers jours*.

Pour chaque jour de la semaine, essayez d'indiquer approximativement l'heure à laquelle vous avez quitté et regagné votre domicile et votre commune de résidence. N'indiquez que les déplacements durant une heure ou plus.

*Enquêtrice*, interrogez d'abord la femme sur le jour d'il y a 1 semaine (mercredi dernier si le questionnaire est rempli un mercredi) pour arriver jusqu'à hier.

Si la femme n'a pas quitté sa commune de la journée, cochez la case correspondante.

	Heure de départ de la commune	Heure de retour dans la commune	Heure de départ 2 de la commune (si nécessaire)	Heure de retour 2 dans la commune	N'a pas quitté la commune de la journée
Lundi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

3. A part la commune de votre domicile, y a-t-il une autre commune (ou un autre arrondissement pour les grandes villes) où vous avez passé plus de 7 heures sur l'ensemble de la semaine dernière (ex., commune du lieu de travail, ...) ?

☐ 0. non ☐ 1. oui

4. Si oui, pour celle de ces communes où vous avez passé le plus de temps la semaine dernière indiquez :

- le nom de la commune, l'arrondissement pour les grandes villes, et le code postal complet si possible :

Ville  Arrondissement  Code postal

- le nombre d'heures passées dans cette commune chaque jour de la semaine dernière :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Nombre d'heures	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Est-ce que l'emploi du temps des 7 derniers jours était différent de celui des autres semaines des 3 derniers mois (hors vacances) ?

☐ 0. non, très peu ou pas du tout ☐ 1. oui, un peu ☐ 1. oui, beaucoup

5. Au cours de la semaine dernière, quel moyen de transport avez-vous utilisé le plus longtemps ?

☐1. Voiture

☐2. Bus ou Autocar

☐3. Métro

☐4. Moto, Scooter

☐5. Vélo ou Roller

☐6. Marche à pied

☐7. Autre, .....

Combien de temps par jour approximativement pour ce moyen de transport ?

En semaine :  heures  minutes/jour

Le week-end :  heures  minutes/jour



## QUESTIONNAIRE MEDICAL

A quel âge avez-vous eu vos premières règles (ne sait pas= 00) ?       ans

Quel était votre poids avant la grossesse ? , kg

Quel était votre poids à 20 ans (ne pas répondre si moins de 20 ans) ? , kg

Quel est l'âge du père de l'enfant ?       ans

Quelle est la taille du père de l'enfant ?       cm

Avant votre grossesse :

Avez-vous eu un diagnostic d'anémie porté par un médecin ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

si oui, avez-vous eu un traitement pour cette anémie ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Avez-vous eu un diagnostic d'intolérance au gluten porté par un médecin ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Un membre de votre famille (père, mère, frère ou soeur, enfants) souffre-t-il d'intolérance au gluten ? (exclure la famille par alliance)

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Avez-vous déjà eu une phlébite ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Avez-vous déjà eu une embolie pulmonaire ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Vos parents, grands parents, frères ou sœurs ont-ils déjà eu une phlébite ou une embolie pulmonaire ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

si oui, quel membre de votre famille :

1 ☐ Père, 2 ☐ Mère, 3 ☐ Grand-père, 4 ☐ Grand-mère, 5 ☐ Frère ou Sœur

Avez-vous déjà été hospitalisé dans un service de soins psychiatriques

☐0. non ☐1. oui

si oui, combien de fois ?     

quel âge aviez-vous la première fois ?

Est-ce que vous-même ou un des membres suivants de votre famille souffre d'asthme, d'eczéma, de rhinite allergique ou d'allergie alimentaire **confirmé(s) par un médecin**

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

**SI OUI**, remplissez le tableau suivant (*en mettant une croix*)

	Asthme	Eczéma	Rhinite allergique	Allergie alimentaire
Vous-même				
Le futur père				
Au moins une sœur du bébé				
Au moins un frère du bébé				

Dans l'année qui a précédé le début de votre grossesse, avez-vous pris les médicaments suivants ?

- de l'aspirine, paracétamol (efferalган, dafalgan, doliprane),  
ou ibuprofène (advil, ...) : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas
- des somnifères : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas
- des tranquillisants ou anxiolytiques : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas
- des antidépresseurs : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas
- des fortifiants (*comprend tout produit que la femme considère comme tel*) : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Et depuis le début de votre grossesse, avez-vous pris les médicaments suivants ?

- de l'aspirine, paracétamol (efferalган, dafalgan, doliprane),  
ou ibuprofène (advil, ...) : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas
- des somnifères : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas
- des tranquillisants ou anxiolytiques : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas
- des antidépresseurs : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas
- des fortifiants (*comprend tout produit que la femme considère comme tel*) : ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Dans l'année qui a précédé le début de votre grossesse, avez-vous consulté un(e) psychologue ou un(e) psychiatre ? ☐0. non ☐1 oui

Et depuis le début de votre grossesse, avez-vous consulté un(e) psychologue ou un(e) psychiatre ? ☐0. non ☐1 oui

## Antécédents gynécologiques

Avant le début de la grossesse actuelle, aviez-vous déjà eu :

- un kyste aux ovaires ? ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas  
une infection génitale basse ? ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas  
une endométriose ? ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas  
une complication d'appendicite (abcès, péritonite) ? ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Avez-vous déjà eu une salpingite ? ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Si oui, à quelle date le médecin a-t-il découvert cette salpingite (la 1<sup>ère</sup> si vous en avez eues plusieurs) ?   mois   année

Avez-vous eu un autre problème au niveau des trompes ?

- ☐0. non  
☐1. oui, une trompe bouchée  
☐2. oui, deux trompes bouchées  
☐3. oui, une atteinte des trompes (sans précision)

Avez-vous déjà eu une opération gynécologique ? ☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Si oui, précisez en quelle année (la 1<sup>ère</sup> si vous en avez eues plusieurs) ?   année  
le type et le motif de l'opération : .....

En l'absence de prise de pilule, est-ce que votre cycle menstruel est régulier ?

- ☐1. plutôt régulier  
☐2. irrégulier  
☐3. ne sait pas car a toujours pris la pilule

En l'absence de prise de pilule, quelle est la durée de votre cycle menstruel ? Si le cycle est irrégulier pouvez-vous donner une fourchette ?

- durée :   jours  
ou fourchette :   jours et   jours  
ne sait pas car a toujours pris la pilule : ☐

Dans ce dernier cas, si vous avez arrêté de prendre la pilule pour obtenir la grossesse actuelle, quelle était la durée moyenne des cycles menstruels entre l'arrêt de la pilule et le début de la grossesse ?

- durée :   jours  
ou fourchette:   jours et   jours  
ne sait pas car est tombée enceinte rapidement après l'arrêt de la pilule : ☐

Avez-vous déjà eu un cancer ?

☐0. non ☐1. oui ☐2. ne sait pas

Si oui, quelle était sa localisation ?

Année du diagnostic

☐1. Colon ou cancer colo-rectal

☐2. Estomac

☐3. Foie

☐4. Leucémie ou sang

☐5. Os

☐6. Ovaire

☐7. Lymphe

☐8. Poumons

☐9. Rein(s)

☐10. Tête, cerveau, cou, gorge

☐11. Thyroïde

☐12. Trompe

☐13. Utérus

☐14. Vessie

☐15. Autres

*préciser : .....*

## Conditions de survenue de la grossesse

1. A quand remontent vos dernières règles ?

*Enquêtrice, cette question ne doit PAS être remplie à l'aide du dossier obstétrical)*

|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|  
Jour Mois Année

2. Quand la grossesse est survenue, est-ce que vous-même ou votre partenaire utilisiez une méthode pour vous éviter d'être enceinte ?

*Par méthode, nous entendons l'abstinence périodique, retrait, méthode des températures, méthode Ogino, méthode Billings, pilule, stérilet, diaphragme, préservatif, crème spermicide, ...*

- |\_|1. Oui, nous utilisons une méthode  
|\_|2. Non, nous n'utilisons pas de méthode  
|\_|3. Ne sait pas  
|\_|4. (sans réponse)

*Enquêtrice, si la femme a répondu « oui », faites-lui confirmer en lui demandant :  
« Donc, quand la grossesse a commencé, vous ou votre partenaire utilisiez une méthode pour éviter d'être enceinte ? »*

*Si la femme répond « non », reposer la question 2 et corriger éventuellement.*

**Si réponse = oui, poser question 3, si réponse = non, passer à la question 4**

3. La méthode que vous ou votre partenaire utilisiez pour éviter une grossesse quand vous êtes devenue enceinte était :

- |\_|1. La pilule  
|\_|2. Le stérilet  
|\_|3. Les préservatifs masculins  
|\_|4. Les crèmes, tampons ou ovules spermicides  
|\_|5. Un diaphragme ou une autre méthode locale  
|\_|6. Le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings  
|\_|7. Une autre méthode, précisez : .....  
|\_|8. Je n'ai jamais utilisé de méthode pour éviter d'avoir une grossesse, même une méthode naturelle  
|\_|9. Aucune méthode depuis la dernière fois où j'ai été enceinte  
|\_|10. Je ne sais pas

**Aller à la section suivante : « Traitement pour obtenir la grossesse », page 18**

4. Si aucune méthode n'était utilisée lorsque la grossesse a commencé :  
 Quelle était la méthode que vous ou votre partenaire avez cessé d'utiliser avant d'être enceinte ?
- ☐1. La pilule
- ☐2. Le stérilet
- ☐3. Les préservatifs masculins
- ☐4. Les crèmes, tampons ou ovules spermicides
- ☐5. Un diaphragme ou une autre méthode locale
- ☐6. Le retrait, l'abstinence périodique, la méthode des températures ou méthode Ogino, Billings
- ☐7. Une autre méthode, précisez : .....
- ☐8. Je n'ai jamais utilisé de méthode pour éviter d'avoir une grossesse, même une méthode naturelle
- ☐9. Aucune méthode depuis la dernière fois où j'ai été enceinte
- ☐10. Je ne sais pas

**Si la réponse à la question 4 est 8, 9 ou 10 :**

**Aller à la section suivante : « Traitement pour obtenir la grossesse », page 18**  
**Dans les autres cas poursuivre la questionnaire**

5. A quelle date avez-vous arrêté d'utiliser cette méthode ?
6. Quand la grossesse a commencé, depuis combien de temps vous ou votre partenaire aviez-vous arrêté d'utiliser cette méthode ?  
  année(s),   mois et   semaines  
 je ne sais pas (vous pouvez donner une fourchette) : entre   mois et   mois
7. Vous avez arrêté d'utiliser cette méthode :  
 Parce qu'elle ne vous convenait pas, parce que vous ne la supportiez pas :  
☐0. non ☐1. oui  
 Parce que vous désiriez avoir un enfant : ☐0. non ☐1. oui  
 Parce que vous viviez seule : ☐0. non ☐1. oui  
 Parce que vous pensiez ne plus pouvoir tomber enceinte : ☐0. non ☐1. oui  
 Il s'agit d'un oubli ponctuel : ☐0. non ☐1. oui  
 Pour une autre raison : ☐0. non ☐1. oui  
 si oui, précisez : .....  
 Ne sait pas ☐0. non ☐1. oui
8. Juste après avoir arrêté d'utiliser cette méthode, avant le début de la grossesse, fumiez-vous ? ☐0. non ☐1. oui  
 si oui, quelle était votre consommation moyenne de cigarettes/jour ?
9. Si question 4 = pilule, alors répondez :  
 Après avoir arrêté d'utiliser la pilule, avez-vous pratiqué le retrait, l'abstinence périodique ou toute autre méthode de contraception « naturelle » pour éviter une grossesse pendant quelques semaines ou quelques mois ?

☐1. oui, pendant moins d'un mois

☐2. oui, pendant un mois ou plus : indiquez le nombre de mois :

☐3. non, pas du tout

## Traitement pour obtenir la grossesse

Avez-vous (vous ou votre partenaire) consulté un médecin parce que vous pensiez avoir des difficultés à obtenir votre grossesse actuelle ?

- ☐1. non, ni l'un ni l'autre (dans ce cas passer à la page 19)
- ☐2. oui, moi-même  
si oui, à quelle date approximativement ?      mois      année
- ☐3. oui, mon partenaire seul  
si oui, à quelle date approximativement ?      mois      année
- ☐4. oui, mon partenaire et moi-même ensemble  
si oui, à quelle date approximativement ?      mois      année

Si oui, le médecin a-t-il prescrit des examens ?

- un examen me concernant :    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, dépistage de maladies sexuellement transmissibles (MST)    ☐0. non    ☐1. oui
- dépistage d'infection à Chlamydiae    ☐0. non    ☐1. oui
- hystérogaphie    ☐0. non    ☐1. oui
- autre, précisez : .....    ☐0. non    ☐1. oui
- un examen pour mon partenaire :    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, examen du sperme    ☐0. non    ☐1. oui
- résultat : .....    ☐0. non    ☐1. oui
- autre, précisez : .....    ☐0. non    ☐1. oui

Avez-vous utilisé un traitement pour obtenir votre grossesse ?    ☐0. non    ☐1. oui

si oui, s'agissait-il ?

- d'une fécondation in-vitro (FIV) ou ICSI (injection de spermatozoïdes intra-cytoplasmique) :    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, à quelle date a débuté la première tentative ?      mois      année
- d'une insémination artificielle avec sperme du conjoint (ou IAC)    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, à quelle date ?      mois      année
- d'une insémination artificielle avec sperme de donneur (ou IAD)    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, à quelle date ?      mois      année
- d'inducteurs d'ovulation uniquement    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, à quelle date ?      mois      année
- d'un médicament autre qu'un inducteur d'ovulation ?    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, pour moi seulement :    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, à partir de quelle date ?      mois      année
- pour mon partenaire seulement :    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, à partir de quelle date ?      mois      année
- mon partenaire et moi-même prenions chacun un médicament    ☐0. non    ☐1. oui
- si oui, à partir de quelle date (indiquez, entre votre partenaire et vous, la date la plus ancienne) ?      mois      année



autre traitement ?

☐0. non ☐1. oui

si oui, *précisez* : .....

**Avez-vous allaité votre dernier enfant ?** *(ne pas répondre si la femme n'a jamais eu d'enfant)*

☐0. non ☐1. oui

Si oui, précisez la date de naissance du dernier enfant que vous avez allaité :

mois     année

et la durée de l'allaitement (même partiel) :

mois     semaines

## Examens radiologiques

Voici certains examens médicaux radiologiques. Nous passerons en revue les radios puis les scanners. Pour chacun, veuillez nous indiquer si vous vous rappelez les avoir déjà eus DANS LES 4 DERNIERES ANNEES.

**Attention**, ce questionnaire ne concerne pas les échographies et les IRM, mais seulement les examens à base de rayons X. Si vous avez un doute sur une date, donnez au moins l'année de l'examen.

**Avez-vous déjà eu, DANS LES 4 DERNIERES ANNEES :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. une radio des hanches et du fémur   | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 2. une hystérogaphie   | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 3. une pelvimétrie   | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 4. une radio du bas de la colonne vertébrale<br>autre qu'un scanner          | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 5. une radio du bassin, de l'abdomen ou<br>des intestins autre qu'un scanner | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 6. un lavement baryté  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 7. une urographie intra-veineuse   | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 8. une cystographie (radio de la vessie)                                     | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 9. une artériographie  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 10. une phlébographie  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 11. une myélographie<br>(examen de la moëlle épinière)                       | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 12. un scanner corps entier  | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 13. un scanner abdominal   | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |
| <input type="checkbox"/> 14. un scanner du bas du dos<br>autre que le scanner abdominal               | <input type="checkbox"/> 0. non <input type="checkbox"/> 1. oui <input type="checkbox"/> 2. ne sait pas |

**A part ces examens, avez-vous eu un ou des examens d'imagerie médicale réalisés à proximité du ventre, de l'abdomen, ou des organes génitaux ? Ne mentionnez pas les IRM et les échographies :**

.....  
.....  
.....

Accepteriez-vous, pour les besoins de cette étude, que nous contactions votre médecin traitant ou votre radiologue pour obtenir plus de précisions sur les examens d'imagerie médicale que vous avez décrits, leur cause et leurs résultats ? ☐0. non ☐1. oui

*Ceci vous concerne même si vous n'avez subi aucun des examens signalés ci-dessus.*

Si vous êtes d'accord, veuillez remplir et signer le formulaire de consentement qui se trouve page suivante. Il sera alors possible que nous contactions votre médecin dans les mois à venir.

**En cas de réponse positive pour l'un au moins de ces examens (1 à 14), donner des précisions pour chacun des examens sur les pages suivantes (1 fiche par examen).**

**Si aucun de ces examens n'a été pratiqué, le questionnaire est terminé.**

## Renseignements sur les examens radiologiques

Type de l'examen : .....

Combien de fois au cours des 4 dernières années avez-vous eu cet examen ?   fois

Date de la première fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté
- ☐ 2. quelque chose a été détecté ou confirmé :  
*précisez : .....*
- ☐ 3. ne sait pas

---

Date de la seconde fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté

☐2. quelque chose a été détecté ou confirmé :

*précisez : .....*

☐3. ne sait pas

## Renseignements sur les examens radiologiques

Type de l'examen : .....

Combien de fois au cours des 4 dernières années avez-vous eu cet examen ?   fois

Date de la première fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté
- ☐ 2. quelque chose a été détecté ou confirmé :  
*précisez : .....*
- ☐ 3. ne sait pas

---

Date de la seconde fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté

☐2. quelque chose a été détecté ou confirmé :

*précisez : .....*

☐3. ne sait pas



## Renseignements sur les examens radiologiques

Type de l'examen : .....

Combien de fois au cours des 4 dernières années avez-vous eu cet examen ?   fois

Date de la première fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté
- ☐ 2. quelque chose a été détecté ou confirmé :  
*précisez : .....*
- ☐ 3. ne sait pas

---

Date de la seconde fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté

☐2. quelque chose a été détecté ou confirmé :

*précisez : .....*

☐3. ne sait pas

## Renseignements sur les examens radiologiques

Type de l'examen : .....

Combien de fois au cours des 4 dernières années avez-vous eu cet examen ?   fois

Date de la première fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté
- ☐ 2. quelque chose a été détecté ou confirmé :  
*précisez : .....*
- ☐ 3. ne sait pas

---

Date de la seconde fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté

☐2. quelque chose a été détecté ou confirmé :

*précisez : .....*

☐3. ne sait pas

## Renseignements sur les examens radiologiques

Type de l'examen : .....

Combien de fois au cours des 4 dernières années avez-vous eu cet examen ?   fois

Date de la première fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté
- ☐ 2. quelque chose a été détecté ou confirmé :  
*précisez : .....*
- ☐ 3. ne sait pas

---

Date de la seconde fois où cet examen a été pratiqué :   mois   année

L'examen a-t-il eu lieu : ☐ 1. avant ou  
☐ 2. pendant la grossesse actuelle ?

Pourquoi cet examen a-t-il été réalisé ?

- ☐ 1. examen de routine
- ☐ 2. douleur
- ☐ 3. antécédents familiaux
- ☐ 4. antécédents personnels
- ☐ 5. une maladie était suspectée : ☐ 0. non ☐ 1. oui  
*précisez laquelle : .....*
- ☐ 6. suspicion d'infertilité
- ☐ 7. autre, *précisez : .....*
- ☐ 8. ne sait pas

Quel a été le résultat ou le diagnostic médical de l'examen ?

- ☐ 1. aucune anomalie ou trouble détecté

☐2. quelque chose a été détecté ou confirmé :

*précisez : .....*

☐3. ne sait pas

**Remarques particulières:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Autorisation de consulter un dossier médical

Je soussignée (nom, prénom)

née le (jour/mois/année)

Autorise les enquêteurs de l'étude Eden, coordonnée par l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (IFR 69, 94807 Villejuif) à consulter mon dossier médical pour les besoins de l'étude Eden à laquelle j'ai participé.

Ce dossier médical peut être consulté auprès du (des) docteurs :

(indiquer le nom, l'adresse et si possible le numéro de téléphone des médecins ou services médicaux qui vous ont suivie dans les 4 dernières années) :

*Nom du docteur :*

*Service médical éventuel :*

*Adresse :*

*Code postal et ville*

*Numéro de téléphone*

*Remarques éventuelles :*

*Nom du docteur :*

*Service médical éventuel :*

*Adresse :*

*Code postal et ville*

*Numéro de téléphone*

*Remarques éventuelles :*

J'ai bien noté que les informations recueillies le seront uniquement à des fins de recherche scientifique, et que je dispose d'un droit d'information et de modification sur les informations me concernant, à exercer auprès de l'équipe de recherche.

Date :

Signature :