

## ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE :

Cancers pédiatriques dans les  
communes du secteur de  
Sainte-Pazanne - 2019

### Questionnaire Familles

**Identification générale de l'enfant concerné :**

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Garçon  Fille

Adresse des parents : .....

.....

Autre adresse (si séparation) : .....

Téléphone : \_ \_ \_ \_ \_

Email : .....

Numéro identification (à remplir par SpFrance) : .....

**Pour des raisons de confidentialité, les données de cette feuille seront conservées séparément des données d'enquête**

# Sommaire

<b>Gestion de l'enquête</b> .....	3
<b>Votre enfant : diagnostic, prise en charge, antécédents</b> .....	4
<b>Autres informations relatives à votre enfant</b> .....	8
<b>Informations relatives à la mère</b> .....	25
<b>AVANT LA GROSSESSE</b> .....	25
<b>PENDANT LA GROSSESSE (DE VOTRE ENFANT CONCERNE PAR LE CANCER)</b> .....	29
<b>PENDANT ALLAITEMENT SI CONCERNEE</b> .....	35
<b>Informations relatives au père</b> .....	41
<b>Informations complémentaires</b> .....	46



<b>Votre enfant</b>	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
---------------------	---------------------------------------	---	--	------

## Votre enfant : diagnostic, prise en charge, antécédents

Quel est le lieu de naissance de votre enfant ?

Maternité : .....  Autre (préciser) : .....

Commune : ..... Code postal : .....

Age de la mère au moment de sa naissance : ..... ans

Age du père au moment de sa naissance : ..... ans

L'enfant est-il né suite à une PMA (Procréation Médicalement Assistée) ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, s'agissait-il* d'une FIV (Fécondation in vitro) : Oui  Non  Ne sait pas

d'une ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) ? Oui  Non  Ne sait pas

autre type de PMA (Procréation médicalement assistée), précisez : .....

Votre enfant a-t-il été adopté ? Oui  Non

*Si oui, s'agit-il d'une adoption internationale ?* Oui  Non

Avez-vous plusieurs enfants ? Oui  Non , si oui combien : .....

*Si oui, quel est le rang de fratrie de votre enfant malade (ex : 2, si l'enfant est le 2<sup>e</sup> de la fratrie) ?* ....

### Eléments liés au diagnostic, la maladie, prise en charge, etc.

Quel est le type de cancer de votre enfant ? sang  cancer solide

Si votre enfant est atteint d'un **cancer du sang**, de quel type s'agit-il :

Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL), précisez le type (B/T) : .....

Leucémie aiguë myéloblastique (LAM), précisez le type : .....

Lymphome hodgkinien

Lymphome non hodgkinien

Autre, précisez : .....

Si votre enfant est atteint d'un **cancer solide**, de quel type s'agit-il :

Cancer du système nerveux central, précisez : .....

Cancer du rein, précisez : .....

Cancer des os, précisez : .....

Autre, précisez : .....

Lorsque votre enfant a été pris en charge pour sa maladie, des marqueurs de susceptibilité génétiques ont-ils été recherchés dans son sang ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, a-t-on trouvé de tels marqueurs ?* Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, précisez*.....

.....

Votre enfant	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--------------	---------------------------------------	---	--	------

Date initiale du diagnostic de cancer : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Date de début des symptômes : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Si rémission, date : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Si récurrence, date : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Date du décès si votre enfant est décédé : /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

## **Antécédents médicaux familiaux et personnels**

### **1. Antécédents médicaux familiaux**

Y-a-t-il d'autres personnes de la famille atteintes de **cancer du sang** ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, quel type ? : .....

Quel lien de parenté avec votre enfant ? :

Frère/sœur  Parents  Grands-parents  Autre  Préciser : .....

Y-a-t-il d'autres personnes de la famille atteintes de **cancers solides** ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, quel type ? : .....

Quel lien de parenté avec votre enfant ? :

Frère/sœur  Parents  Grands-parents  Autre  Préciser : .....

Y-a-t-il d'autres personnes de la famille atteintes de **maladies génétiques** ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, laquelle ou lesquelles ? : .....

Quel lien de parenté avec votre enfant ? :

Frère/sœur  Parents  Grands-parents  Autre  Préciser : .....

Y-a-t-il d'autres personnes de la famille atteintes de **pathologies graves ou de malformations congénitales** ?

Oui  Non  Ne sait pas  *Si oui*, laquelle ou lesquelles ? : .....

Quel lien de parenté avec votre enfant ? :

Frère/sœur  Parents  Grands-parents  Autre  Préciser : .....

### **2. Antécédents médicaux personnels**

Poids de naissance de votre enfant : \_\_ kgs

Votre enfant est-il né à combien de mois/semaine de grossesse : .....

Votre enfant est-il né :

prématuré  *si prématuré (<37 semaines d'aménorrhée)*, nombre de semaines d'aménorrhée \_\_ ?  
à terme   
après terme

Votre enfant est-il né par césarienne ? Oui  Non

Votre accouchement a-t-il été déclenché ? Oui  Non  Ne sait pas

Votre enfant a-t-il été allaité ? Oui  Non

*Si oui*, durant combien de mois ou semaines ? .....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie génétique ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, quelle(s) maladie(s) ?

Trisomie 21                       Maladie de Recklinghausen                       Syndrome de Klinefelter  
 Anémie de Fanconi                       Neurofibromatose de type 1                       Syndrome de Bloom  
 Ataxie télangiectasie  
 Autres, préciser : .....

<b>Votre enfant</b>	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
---------------------	---------------------------------------	---	--	------

Votre enfant est-il atteint d'une **maladie grave ou chronique** ? Oui  Non  Ne sait pas   
*Si oui, laquelle ou lesquelles (année de survenue à préciser) ?*

.....  
 .....

Y-a-t-il eu un traitement au long cours avant le diagnostic de cancer ? Oui  Non  Ne sait pas   
*Si oui, lequel ?*

*Pour quelles raisons ?*

.....  
 .....

Date de début : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Date de fin : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Durant sa première année de vie, votre enfant a-t-il eu des infections banales (ex gastro-intestinales, rhinopharyngite...)? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, a-t-il eu au moins un traitement antibiotique pendant la première année de sa vie ?*

Oui  Non  Ne sait pas

Votre enfant a-t-il présenté certaines maladies infectieuses avant le diagnostic de cancer ?

- Infection au VIH       Hépatite C       Mononucléose infectieuse  
 Herpès                       Cytomegalovirus (CMV)

Votre enfant a-t-il bénéficié d'une greffe d'organe ou de moelle osseuse avant le diagnostic de cancer ?  
 Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, quel type de greffe ?* .....

*A quelle date ?* / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Si oui, a-t-il reçu des médicaments immunosuppresseurs à la suite de cette greffe ?*

Oui  Non  Ne sait pas

*Date de début :* / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Date de fin :* / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Votre enfant a-t-il été traité par des médicaments immunosuppresseurs pour une autre raison qu'une greffe avant le diagnostic de cancer ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, pour quelle maladie ?* .....

*Date de début :* / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Date de fin :* / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Votre enfant a-t-il été traité par des médicaments durant plus d'un mois pour d'autres raisons qu'une greffe ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, pourquoi ?*

.....  
 .....

*Par quels médicaments ? (mettre entre parenthèse la durée de traitement) :*

.....  
 .....

Votre enfant a-t-il passé plusieurs examens d'imagerie médicale (scanner, radiographie, scintigraphie) hormis ceux ayant permis le diagnostic de cancer ?

Aucun  Moins de 10  Entre 10 et 20  Plus de 20

*Et pour quelles raisons ?*

.....  
 .....



<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

## Autres informations relatives à votre enfant

### Lieux de résidence

#### 1. Résidence principale (plus récent au moins récent)

Préciser les lieux de résidence principale de manière chronologique, de la naissance au diagnostic de cancer de votre enfant.

En cas de séparation des parents, remplir 1 et 1bis

#### Habitat n°1 (si séparation des parents, résidence de la mère)

N° et Rue : .....

Commune : .....Code postal .....

Durée de séjour : de /\_/\_/\_\_\_\_\_ / à /\_/\_/\_\_\_\_\_ /

Type d'habitat :

- pavillon, maison particulière avec jardin
- pavillon, maison particulière sans jardin
- appartement
- autre (préciser) .....

Réalisation de travaux (intérieur / extérieur) pendant la durée de séjour :

oui  non  Ne sait pas

Si oui, description : .....  
 .....  
 .....  
 .....

Présence d'un puit :  dans votre domicile  
 à proximité, si oui, combien .....  
distance au domicile : .....

Présence d'un potager : oui  non  Ne sait pas

Si oui, arrosage avec :  
 Eau du réseau d'eau publique   
 Eau de puits   
 Source locale   
 Eau de récupération

Environnement

- agriculture, type de culture : .....  
distance au domicile : .....
- industriel < 500 m, type d'industrie : .....  
distance au domicile
- infrastructure, si oui laquelle(s) :
  - station essence ; si oui, distance au domicile : .....
  - lignes électriques à haute tension ; si oui, distance au domicile : .....
  - voies ferrées ; si oui, distance au domicile : .....
  - trafic routier important (ex : voies rapides, autoroutes) ; si oui, distance au domicile : .....
  - aéroport ; si oui, distance au domicile : .....



<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

autre source suspectée, selon vous, comme polluante (si oui, distance au domicile)

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

Habitat n°1bis (si séparation des parents, résidence du père)

N°.....Rue : .....

Commune : .....Code postal : .....

Durée de séjour : de /\_/\_/\_/\_/ à /\_/\_/\_/\_/

Type d'habitat :

- pavillon, maison particulière avec jardin
- pavillon, maison particulière sans jardin
- appartement
- autre (préciser) .....

Réalisation de travaux (intérieur / extérieur) pendant la durée de séjour :

oui  non  Ne sait pas

Si oui, description : .....

Présence d'un puit :  dans votre domicile

à proximité, si oui, combien .....  
 distance au domicile : .....

Présence d'un potager : oui  non  Ne sait pas

Si oui, arrosage avec :

- Eau du réseau d'eau publique
- Eau de puits
- Source locale
- Eau de récupération

Environnement

agriculture, type de culture : .....  
 distance au domicile : .....

industriel < 500 m, type d'industrie : .....  
 distance au domicile

infrastructure, si oui laquelle(s) :

- station essence ; si oui, distance au domicile : .....
- lignes électriques à haute tension ; si oui, distance au domicile : .....
- voies ferrées ; si oui, distance au domicile : .....
- trafic routier important (ex : voies rapides, autoroutes) ; si oui, distance au domicile : .....
- aéroport ; si oui, distance au domicile : .....

autre source suspectée, selon vous, comme polluante (si oui, distance au domicile).....

.....  
 .....

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

**Habitat n°2 (si déménagement) :**

N° : .....Rue : .....

Commune : .....

Code postal : .....

Durée de séjour : de / / / à / / /

Type d'habitat :

- pavillon, maison particulière avec jardin
- pavillon, maison particulière sans jardin
- appartement
- autre (préciser) .....

Réalisation de travaux (intérieur / extérieur) pendant la durée de séjour : Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, description : .....  
.....

Présence d'un puit :  dans votre domicile

à proximité, si oui, combien .....  
distance au domicile : .....

Présence d'un potager : oui  non  Ne sait pas

Si oui, arrosage avec :

Eau du réseau d'eau publique

Eau de puits

Source locale

Eau de récupération

Environnement

agriculture, type de culture : .....  
distance au domicile : .....

industriel < 500 m, type d'industrie : .....  
distance au domicile

infrastructure, si oui laquelle(s) :

station essence ; si oui, distance au domicile : .....

lignes électriques à haute tension ; si oui, distance au domicile : .....

voies ferrées ; si oui, distance au domicile : .....

trafic routier important (ex : voies rapides, autoroutes) ; si oui, distance au domicile : .....

.....

aéroport ; si oui, distance au domicile : .....

autre source suspectée, selon vous, comme polluante (si oui, distance au domicile).....

.....

.....

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

**Habitat n°3 (si déménagement) :**

N° : .....Rue : .....

Commune : .....Code postal : .....

Durée de séjour : de / / à / /

Type d'habitat :

- pavillon, maison particulière avec jardin
- pavillon, maison particulière sans jardin
- appartement
- autre (préciser) .....

Réalisation de travaux (intérieur / extérieur) pendant la durée de séjour : Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, description : .....

.....

Présence d'un puit :  dans votre domicile

à proximité, si oui, combien .....

distance au domicile : .....

Présence d'un potager : oui  non  Ne sait pas

Si oui, arrosage avec :

Eau du réseau d'eau publique

Eau de puits

Source locale

Eau de récupération

**Environnement**

agriculture, type de culture : .....

distance au domicile : .....

industriel < 500 m, type d'industrie : .....

distance au domicile

infrastructure, si oui laquelle(s) :

station essence ; si oui, distance au domicile : .....

lignes électriques à haute tension ; si oui, distance au domicile : .....

voies ferrées ; si oui, distance au domicile : .....

trafic routier important (ex : voies rapides, autoroutes) ; si oui, distance au domicile :

.....

aéroport ; si oui, distance au domicile : .....

autre source suspectée, selon vous, comme polluante (si oui, distance au domicile)

.....

.....

.....

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

## 2. Autre résidence fréquentée par l'enfant (hors vacances)

Membre de la famille  autre

- Localisation :

N° et Rue : .....

Commune : .....

Code postal : .....

Date début fréquentation : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

Date fin de fréquentation : /\_\_/\_\_/\_\_\_\_/

- Sur une année, combien de fois fréquentez-vous cette autre résidence? : .....

- En moyenne, combien de jours passez-vous dans cette autre résidence à chaque fréquentation ?.....

Type d'habitat :

- pavillon, maison particulière avec jardin
- pavillon, maison particulière sans jardin
- appartement
- autre (préciser) .....

Réalisation de travaux (intérieur / extérieur) pendant la durée de séjour : Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, description : .....

.....

Présence d'un puit :  dans votre domicile

à proximité, si oui, combien .....

distance au domicile : .....

Présence d'un potager : oui  non  Ne sait pas

Si oui, arrosage avec :

Eau du réseau d'eau publique

Eau de puits

Source locale

Eau de récupération

Environnement

agriculture, type de culture : .....

distance au domicile : .....

industriel < 500 m, type d'industrie : .....

distance au domicile

infrastructure, si oui laquelle(s) :

station essence ; *si oui*, distance au domicile : .....

lignes électriques à haute tension ; *si oui*, distance au domicile : .....

voies ferrées ; *si oui*, distance au domicile : .....

trafic routier important (ex : voies rapides, autoroutes) ; *si oui*, distance au domicile :

.....

aéroport ; *si oui*, distance au domicile : .....

autre source suspectée, selon vous, comme polluante (si oui, distance au domicile)

.....

.....

.....

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

- A proximité, présence de station essence, lignes électriques, voies ferrées, usines ou autre source suspectée, selon vous, comme polluante ?

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

**3. Lieux de vacances /durée et fréquence des séjours :**

Entre la naissance et le diagnostic de cancer de votre enfant, avez-vous fréquenté un ou des lieux de vacances dont la durée des séjours est supérieure à 6 mois en cumulés soit en plusieurs fois (plus de 6 mois cumulés) ou sur une période plus longue (plus de 6 mois cumulés) ?

oui  non  Ne sait pas

Si oui,

N° .....et Rue : .....

Commune : .....Code postal .....

Durée de séjour : de / / / à / / /

Type d'habitat :

- pavillon, maison particulière avec jardin
- pavillon, maison particulière sans jardin
- appartement
- autre (préciser) .....

Réalisation de travaux (intérieur / extérieur) pendant la durée de séjour : Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, description : .....  
.....

Présence d'un puit :  dans votre domicile  
 à proximité, si oui, combien .....  
distance au domicile : .....

Présence d'un potager : oui  non  Ne sait pas

Si oui, arrosage avec :  
Eau du réseau d'eau publique   
Eau de puits   
Source locale   
Eau de récupération

Environnement

- agriculture, type de culture : .....  
distance au domicile : .....
- industriel < 500 m, type d'industrie : .....  
distance au domicile .....
- infrastructure, si oui laquelle(s) :
  - station essence ; si oui, distance au domicile : .....
  - lignes électriques à haute tension ; si oui, distance au domicile : .....
  - voies ferrées ; si oui, distance au domicile : .....
  - trafic routier important (ex : voies rapides, autoroutes) ; si oui, distance au domicile : .....
  - aéroport ; si oui, distance au domicile : .....

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

autre source suspectée selon vous comme polluante (si oui, distance au domicile).....

.....  
 .....

A proximité, présence de station essence, lignes électriques, voies ferrées, usines ou autre source suspectée, selon vous, comme polluante ?

.....  
 .....

**Mode de garde, scolarité de votre enfant**

Petite enfance :

A la maison : de / / / / à / / / /

Crèche :

N° : .....Adresse complète : .....

Code postal : .....

Commune : .....

de / / / / à / / / /

Fréquence de fréquentation : .....

Nourrice1

N° : .....Adresse complète : .....

Code postal : .....

Commune : .....

de / / / / à / / / /

Fréquence de fréquentation : .....

Nourrice2

N° : .....Adresse complète : .....

Code postal : ..... Commune : .....

de / / / / à / / / /

Fréquence de fréquentation : .....

Nourrice3

N° : .....Adresse complète : .....Code postal : .....

Commune : .....

de / / / / à / / / /

Fréquence de fréquentation : .....

Halte-garderie

N° : .....Adresse complète : ..... Code postal : .....

Commune : .....

de / / / / à / / / /

Fréquence de fréquentation : .....

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

Autre (ex : famille)

N° : .....Adresse complète : .....

Code postal : ..... Commune : .....

de / / / / à / / / /

Fréquence de fréquentation : .....

A proximité, présence de station essence, lignes électriques, voies ferrées, usines ou autre source suspectée, selon vous, comme polluante ?

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

Ecoles fréquentées :

- Nom de l'école maternelle : .....

Adresse : .....

Code postal.....Commune : .....

Classes	Année(s) scolaire(s)
PS	
MS	
GS	

- Nom de l'école élémentaire : .....

Adresse : .....

Code postal.....Commune : .....

Classes	Année(s) scolaire(s)
CP	
CE1	
CE2	
CM1	
CM2	

- Nom du collège : .....

Adresse : .....

Code postal.....Commune : .....

Classes	Année(s) scolaire(s)
6 <sup>ème</sup>	
5 <sup>ème</sup>	
4 <sup>ème</sup>	
3 <sup>ème</sup>	

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

- Nom du Lycée : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal.....Commune : .....

Classes	Année(s) scolaire(s)
seconde	
première	
terminale	

- A proximité, présence de station essence, lignes électriques, voies ferrées, usines ou autre source suspectée, selon vous, comme polluante ?

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

**Facteurs environnementaux - Expositions de l'enfant depuis la naissance jusqu'au diagnostic**

Quelqu'un fumait-il dans la maison ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui préciser la personne et le nombre de cigarettes/j: .....

Y a-t-il eu des travaux ou des aménagements dans la chambre de l'enfant ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, préciser :

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

Des pesticides étaient-ils utilisés durant cette période à l'intérieur de votre domicile ou autre domicile fréquenté régulièrement ?

DOMICILE

Oui  Non  Ne sait pas  , préciser dans le tableau :

Pesticides	Insecticides (par exemple lutte contre cafards, araignées, moustique...)	Pesticides contre les ravageurs de bois (termites, capricornes, mэрule...)	Pesticides pour lutter contre des insectes du jardin (limaces, pucerons..)	Herbicides
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....



<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

**AUTRES LIEUX ,**

Oui  Non  Ne sait pas  , si oui, lequel ?.....  
préciser dans le tableau :

Pesticides	Insecticides (par exemple lutte contre cafards, araignées, moustique...)	Pesticides contre les ravageurs de bois (termite, capricornes, méréule...)	Pesticides pour lutter contre des insectes du jardin (limaces, pucerons..)	Herbicides
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....

Des produits chimiques\* étaient-ils utilisés durant cette période à l'intérieur de votre domicile ou autre domicile fréquenté régulièrement (ex :ménage, bricolage, mécanique, photo...)?

**DOMICILE**

Oui  Non  Ne sait pas  , préciser dans le tableau :

Produits chimiques	ménage	Bricolage dont peinture	mécanique	Loisirs (photo, par exemple)
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

AUTRES LIEUX ,

Oui  Non  Ne sait pas  , si oui, lequel ?.....  
préciser dans le tableau :

<b>Produits chimiques*</b>	ménage	Bricolage dont peinture	mécanique	Loisirs (photo, par exemple)
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....

\*peinture, colles, solvants : essence, benzène, white spirit, pesticides, herbicides, cosmétiques, produits pétroliers et dérivés, métaux et dérivés [plomb, zinc, cuivre, cadmium, etc], minéraux et dérivés, produits chlorés, résines, plastiques ...).

Autres expositions environnementales de l'enfant au domicile que vous souhaitez préciser :

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

**Loisirs de votre enfant depuis la naissance jusqu'au diagnostic**

Y-a-t-il un ou plusieurs animaux domestiques au foyer ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, depuis combien d'années ?

Quel (s) animal (aux)?.....

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

L'animal dormait-il dans la chambre de l'enfant ? Oui  Non  Ne sait pas   
 Portait-il un collier ou dispositif antipuces et anti-tiques ? Oui  Non  Ne sait pas   
 Utilisation de poudre anti-poux sur l'animal ? Oui  Non  Ne sait pas

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

Aires de loisirs fréquentées régulièrement depuis la naissance et jusqu'à la maladie de votre enfant :

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, lesquelles ? merci de compléter le tableau ci-dessous en indiquant les années et la fréquence pour chaque lieu fréquenté sur toutes les communes citées (même hors commune de résidence)

Lieux à préciser	Ste-Pazanne		St-Mars-du-Coutais		Rouans	
	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence
<b>Aire de jeux</b>	<input type="checkbox"/> La coulée verte <input type="checkbox"/> Escale de Retz <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Plan d'eau / rivière</b>	<input type="checkbox"/> La coulée verte <input type="checkbox"/> A proximité du Centre de santé <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Parc animalier</b>	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Piscine (privée / publique)</b>	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Autres</b>					<input type="checkbox"/>	

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

Lieux à préciser	Port-st-Père		St Hilaire de Chaléons		Villeneuve-en-Retz		Machecoul-St-Même	
	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence
<b>Aire de jeux</b>	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Plan d'eau / rivière</b>	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Parc animalier</b>	<input type="checkbox"/> Planète sauvage <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Piscine (privée / publique)</b>	<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
<b>Autres</b>							<input type="checkbox"/>	

Votre enfant se promène-t-il régulièrement à proximité de champs cultivés (tout type de culture) ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,

	Lieux1	Lieux2	Lieux3
Nom du site / endroit			
Année			
Fréquence			

Baignade ou jeux d'eau près d'une rivière ou de plans d'eau locaux ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,

	Lieux1	Lieux2	Lieux3
Nom du site / endroit			
Année			
Fréquence			

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

Fréquentation régulière d'un centre aéré : Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, merci de compléter le tableau suivant

	Nom	Lieu (commune + code postal)	Année	Périodicité (mercredi , vacances scolaires...)	Fréquence
Centre aéré 1					
Centre aéré 2					
Centre aéré 3					
Centre aéré 4					

Fréquentation régulière d'un accueil périscolaire : Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, merci de compléter le tableau suivant

	Nom	Lieu (commune + code postal)	Année	Périodicité (matin, soir mercredi...)	Fréquence
Accueil périscolaire 1					
Accueil périscolaire 2					
Accueil périscolaire 3					
Accueil périscolaire 4					

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

Participation à des activités scolaires ou extrascolaires (sport, musique, etc.) :

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, merci de compléter le tableau ci-dessous :

	Type d'activité	Lieu (commune + code postal)	Année	Fréquence
Activité 1				
Activité 2				
Activité 3				
Activité 4				
Activité 5				
Activité 6				
Activité 7				

A proximité de ces lieux : présence de station essence, lignes électriques, voies ferrées, usines ou autre source suspectée, selon vous, comme polluante ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<b>Votre enfant</b> Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	------

**Habitudes de vie de votre l'enfant depuis la naissance jusqu'au diagnostic**

Votre enfant a-t-il suivi ou suit-il un régime particulier ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui : Végétarien  Végétalien  Vegan  Macrobiotique

Autre(s)  (Restrictions, Allergies, compléments, jeun etc.)

Préciser : .....

Quelle eau consomme-t-il au domicile ? Indiquer approximativement le nombre de verres consommés / jour

Eau du réseau d'eau publique  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau de puits  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau en bouteille  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Source locale  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau de récupération  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Consomme-t-il des légumes d'un potager ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, préciser dans le tableau suivant

	Potager 1	Potager 2	Potager 3
Lieux (famille, voisin...)			
Type (potager personnel, autre membre de la famille, voisin...)			
Depuis quel âge ?			
Jusqu'à quel âge ?			

Consomme-t-il des produits locaux ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, sont-ils achetés directement dans une ferme locale ? Oui  Non  Ne sait pas

préciser le lieu ? .....

.....

sont-ils achetés au marché local ? Oui  Non  Ne sait pas

préciser le lieu ? .....

.....

.....

Les aliments consommés sont-ils à dominante issus de l'agriculture biologique ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, précisez depuis quand, à la maison, à l'école etc. ? .....

.....

.....

.....

.....

Quelle eau est utilisée pour les soins d'hygiène ?

Eau du réseau d'eau publique  .....

Eau de puits  .....

Eau en bouteille  .....

Source locale  .....

Eau de récupération  .....





Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	<b>Mère</b> Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	--	---	--	------

## Informations relatives à la mère

Année de naissance : 1 9 \_\_

Code postal de naissance : \_\_ \_\_ \_\_ + nom de la commune : .....

### AVANT LA GROSSESSE

#### Vos antécédents médicaux personnels avant la grossesse (de votre enfant concerné par le cancer)

Etes-vous atteinte d'une maladie génétique ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, laquelle ? : .....

Date du diagnostic : .....

Etes-vous atteinte ou avez-vous été atteinte d'un (ou plusieurs) **cancer(s) du sang** ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, quel(s) type(s) ? : .....

Date du diagnostic : .....

Etes-vous atteinte ou avez-vous été atteinte d'un (ou plusieurs) **cancer(s) solide(s)** ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, quel(s) type(s) ? : .....

Date du diagnostic : .....

Etes-vous atteinte ou avez-vous été atteinte d'une (ou plusieurs) **pathologies ou de malformation(s) congénitale(s)** ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, laquelle ou lesquelles ? : .....

Date du diagnostic : .....

Avez-vous été traitée par radiothérapie ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, pour quelle(s) maladie(s) ? .....

Date de début : / /

Date de fin : / /

Combien de séances ?

Avez-vous pris des médicaments au long cours ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, préciser :

Nom du traitement : .....

Pour quelles raisons :

.....

.....

Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ; durée : .....

Avez-vous eu une supplémentation en acide folique avant la grossesse ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ; durée : .....

Avant votre grossesse, avez-vous pris une contraception hormonale quel que soit le type ? Oui  Non

Si oui, (plusieurs réponses possibles):

Prise au tout début de la grossesse, avant de la connaître

Prise dans les 3 mois précédant la grossesse

Prise dans les 3 à 6 mois précédant la grossesse

Prise entre 6 et 12 mois avant la grossesse

Plus d'un an avant la grossesse

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	<b>Mère</b> <b>Période avant la</b> <b>grossesse</b>	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	--	---	--	------

**Les facteurs « environnementaux » avant la grossesse (de votre enfant concerné par le cancer)**  
**(Exposition un an avant)**

Avez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des **produits pesticides** dans des activités de jardinage ou domestiques avant votre grossesse ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, compléter le tableau suivant*

Pesticides	Insecticides (par exemple lutte contre cafards, araignées, moustique...)	Pesticides contre les ravageurs de bois (termite, capricornes, mériule...)	Pesticides pour lutter contre des insectes du jardin (limaces, pucerons..)	Herbicides	Autres
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	<b>Mère</b> <b>Période avant la</b> <b>grossesse</b>	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	--	---	--	------

Aviez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des **produits chimiques\*** dans des activités de loisirs ou de ménage (bricolage, mécanique, photo...)?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, compléter le tableau*

Produits chimiques*	ménage	Bricolage dont peinture	mécanique	Loisirs (photo, par exemple)
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....

\*peinture, colles, solvants : essence, benzène, white spirit, pesticides, herbicides, cosmétiques, produits pétroliers et dérivés, métaux et dérivés [plomb, zinc, cuivre, cadmium, etc], minéraux et dérivés, produits chlorés, résines, plastiques ...).

Aviez-vous l'habitude d'effectuer des promenades à proximité de champs cultivés (tout type de culture) avant votre grossesse ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui,*

	Lieux1	Lieux2	Lieux3
Nom du site / endroit			
Année			
Fréquence			

Aviez-vous un ou plusieurs animaux domestiques, avant votre grossesse?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, quel animal ?.....*

Portait-il un collier ou dispositif antipuces, anti-tiques ?

Oui  Non  Ne sait pas

Utilisation de poudre anti-poux sur l'animal ?

Oui  Non  Ne sait pas

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	<b>Mère</b> <b>Période avant la</b> <b>grossesse</b>	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	--	---	--	------

**Habitudes de vie avant votre grossesse (grossesse de l'enfant concerné par le cancer)**

Régime alimentaire particulier avant votre grossesse :

Oui  Non  Ne sait pas

Végétarien  Végétalien  Vegan  Macrobiotique

Autre(s)  (Restrictions, Allergies, compléments, jeun etc.)

Préciser : .....

Etiez-vous fumeuse avant votre grossesse ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, combien de cigarettes par jour ? .....

Depuis combien de temps ? .....

Fumiez-vous dans votre domicile ? Oui  Non  Ne sait pas

Buviez-vous régulièrement du thé ou du café avant votre grossesse ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, préciser, et le nombre de tasses par jour :

.....  
 .....

Consommiez-vous de l'alcool avant votre grossesse ? Oui  Non  Ne sait pas

Consommiez-vous habituellement avant votre grossesse :

Du vin  ? si oui, nb de verres par semaine : .....

De la bière  ? si oui, nb de verres par semaine : .....

De l'apéritif, digestif  ? si oui, nb de verres par semaine : .....

Autres  ? si oui, nb de verres par semaine : .....

Aviez-vous consommé des substances addictives (cannabis, cocaïne, etc.) avant votre grossesse ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, préciser lesquels et fréquence

.....  
 .....

Quelle eau consommiez-vous au domicile avant votre grossesse ?

Eau du réseau d'eau publique  si oui, nb de verres par jour : .....

Eau de puits  si oui, nb de verres par jour : .....

Eau en bouteille  si oui, nb de verres par jour : .....

Source locale  si oui, nb de verres par jour : .....

Eau de récupération  si oui, nb de verres par jour : .....

Quelle eau utilisiez-vous pour les soins d'hygiène avant votre grossesse ?

Eau du robinet d'eau publique

Eau de puits

Eau en bouteille

Source locale

Eau de récupération

**Informations complémentaires**

Y-a-t-il d'autres informations que vous voudriez préciser/signaler concernant la période avant votre grossesse ?

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

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	<b>Mère</b> <b>Période pendant la</b> <b>grossesse</b>	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	---------------------------------------	--	--	------

**PENDANT LA GROSSESSE (DE VOTRE ENFANT CONCERNE PAR LE CANCER)**

Période de la grossesse (mois/année) : de \_\_/\_\_\_\_ à \_\_/\_\_\_\_

Votre lieu de résidence pendant la grossesse :

Habitat n°1       Habitat n°2       Habitat n°3       Autre

*Si autre,*

Rue : .....

Commune : .....+ code postal.....

Durée de séjour : de / / à / /

Type d'habitat :

- pavillon, maison particulière avec jardin
- pavillon, maison particulière sans jardin
- appartement
- autre (préciser) .....

Réalisation de travaux (intérieur /extérieur) pendant la durée de séjour :

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui,* description : .....  
 .....

Présence d'un puit :

- dans votre domicile
- à proximité, si oui, combien .....  
 distance au domicile : .....

Présence d'un potager : oui  non  Ne sait pas

Si oui, arrosage avec :

- Eau du réseau d'eau publique
- Eau de puits
- Source locale
- Eau de récupération

Environnement

- agriculture, type de culture : .....  
 distance au domicile : .....
- industriel < 500 m, type d'industrie : .....  
 distance au domicile
- infrastructure, si oui laquelle(s) :
  - station essence ; *si oui,* distance au domicile : .....
  - lignes électriques à haute tension ; *si oui,* distance au domicile : .....
  - voies ferrées ; *si oui,* distance au domicile : .....
  - trafic routier important (ex : voies rapides, autoroutes) ; *si oui,* distance au domicile : .....
  - aéroport ; *si oui,* distance au domicile : .....

autre source suspectée selon vous comme polluante (si oui, distance au domicile).....  
 .....  
 .....

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	<b>Mère</b> <b>Période pendant la</b> <b>grossesse</b>	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	---------------------------------------	--	--	------

A proximité de ces lieux : présence de station essence, lignes électriques, voies ferrées, usines ou autre source suspectée, selon vous, comme polluante ?

.....

.....

.....

**Facteurs médicaux pendant la grossesse**

Avez-vous eu des problèmes de santé pendant la grossesse : Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, préciser :*

.....

.....

En particulier, avez-vous eu une ou des infections (Herpès, Cytomégalovirus, Toxoplasmose...) pendant votre grossesse ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, la ou lesquelles*

Pathologies	Moment de la grossesse
<input type="checkbox"/> Herpès	<input type="checkbox"/> Trimestre 1 (T1) <input type="checkbox"/> Trimestre 2 (T2) <input type="checkbox"/> Trimestre 3 (T3)
<input type="checkbox"/> Cytomégalovirus	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3
<input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3

Avez-vous eu des examens d'imagerie médicale pendant la grossesse : Oui  Non

*Si oui,*

Types d'examens	Combien	Moment de la grossesse	Pour quelles raisons ?
<input type="checkbox"/> Radiographie		<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	
<input type="checkbox"/> Scanner		<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	
<input type="checkbox"/> Scintigraphie		<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	
<input type="checkbox"/> Autres		<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	

Avez-vous pris des médicaments pendant la grossesse, y compris des anti-douleurs ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, le(s)quel(s) :*

Types d'examens	Période de début	Pour quelles raisons ?
<input type="checkbox"/> chloramphénicol (Antibiotique)	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	
<input type="checkbox"/> anti- rétroviraux	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	
<input type="checkbox"/> anti-douleur	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	<b>Mère</b> <b>Période pendant la</b> <b>grossesse</b>	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	---------------------------------------	--	--	------

**Facteurs environnementaux pendant la grossesse**

Utilisez-vous régulièrement des **produits de teinture de cheveux**, pendant la grossesse ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,

Lesquels ?

.....  
 .....

Fréquence ?       Hebdomadaire       Mensuelle       Autre .....

Avez-vous fréquenté des cabines UV, pendant votre grossesse ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, fréquence ?

.....  
 .....

Avez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des **produits pesticides** dans des activités de jardinage ou domestiques, pendant votre grossesse ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, compléter le tableau suivant

Pesticides	Insecticides (par exemple lutte contre cafards, araignées, moustique...)	Pesticides contre les ravageurs de bois (termites, capricornes, mэрule...)	Pesticides pour lutter contre des insectes du jardin (limaces, pucerons..)	Herbicides	Autres
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Moment de la grossesse	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	.....

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	<b>Mère</b> <b>Période pendant la</b> <b>grossesse</b>	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	---------------------------------------	--	--	------

Aviez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des **produits chimiques\*** dans des activités de loisirs ou de ménage (bricolage, mécanique, photo...), pendant la grossesse?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, compléter le tableau

Produits chimiques*	ménage	Bricolage dont peinture	mécanique	Loisirs (photo, par exemple)
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Moment de la grossesse	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3
A quelle fréquence les utilisiez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....

\*peinture, colles, solvants : essence, benzène, white spirit, pesticides, herbicides, cosmétiques, produits pétroliers et dérivés, métaux et dérivés [plomb, zinc, cuivre, cadmium, etc], minéraux et dérivés, produits chlorés, résines, plastiques ...).

Aviez-vous l'habitude d'effectuer des promenades à proximité de champs cultivés (tout type de culture) pendant la grossesse ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,

	Lieux1	Lieux2	Lieux3
Nom du site / endroit			
Année			
Fréquence			

Durant la grossesse, aviez-vous un animal domestique ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, quel animal ? .....

L'animal dormait-il dans votre chambre? Oui  Non  Ne sait pas

Portait-il un collier ou dispositif antipuces, anti-tiques ? Oui  Non  Ne sait pas

Utilisation de poudre anti-poux sur l'animal ? Oui  Non  Ne sait pas



Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère <b>Période pendant la          grossesse</b>	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	---------------------------------------	--	--	------

**Habitudes de vie pendant la grossesse**

Régime alimentaire particulier pendant la grossesse :

Oui  Non  Ne sait pas

Végétarien  Végétalien  Vegan  Macrobiotique

Autre(s)  (Restrictions, Allergies, compléments, jeun etc.)

Précisez : .....

Etiez-vous fumeuse pendant la grossesse ? Oui  Non

*Si oui*, combien de cigarettes par jour ? .....

Depuis combien de temps ? .....

Fumiez vous à votre domicile ? Oui  Non

Buviez-vous régulièrement du thé ou du café pendant votre grossesse ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, préciser et le nombre de tasses par jour : .....

Consommiez-vous de l'alcool ? Oui  Non  Ne sait pas

Consommiez-vous habituellement :

Du vin  ? *si oui*, nb de verres par semaine : .....

De la bière  ? *si oui*, nb de verres par semaine : .....

De l'apéritif, digestif  ? *si oui*, nb de verres par semaine : .....

Autres  ? *si oui*, nb de verres par semaine : .....

Aviez-vous consommé des substances addictives (cannabis, cocaïne, etc.) pendant votre grossesse ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, préciser lesquelles et fréquence

.....  
 .....

Quelle eau consommiez-vous, au domicile, pendant la grossesse ?

Eau du réseau d'eau publique  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau de puits  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau en bouteille  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Source locale  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau de récupération  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Pendant votre grossesse, consommiez-vous des légumes d'un potager ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, préciser dans le tableau suivant

	Potager 1	Potager 2	Potager 3
Lieux (famille, voisin...)			
Type (potager personnel, autre membre de la famille, voisin...)			

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	---------------------------------------	---	--	------

Pendant votre grossesse, consommiez-vous des produits locaux ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, sont-ils achetés directement dans une ferme locale ? Oui  Non  Ne sait pas

préciser le lieux ? .....

.....  
 .....

sont-ils achetés au marché local ? Oui  Non  Ne sait pas

préciser le lieux ? .....

.....  
 .....

Les aliments consommés, pendant votre grossesse étaient-ils à dominante issus de l'agriculture biologique ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, précisez depuis quand, à la maison, au travail etc. ? .....

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

Quelle eau utilisiez-vous pour les soins d'hygiène ?

- Eau du réseau d'eau publique
- Eau de puits
- Eau en bouteille
- Source locale
- Eau de récupération

**Informations complémentaires**

Y-a-t-il d'autres informations que vous voudriez préciser/signaler concernant la période de votre grossesse ?

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

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
--	---------------------------------------	---	--	------

**PENDANT ALLAITEMENT SI CONCERNEE**

Avez-vous allaité ? Oui  Non  si oui continuer le questionnaire sinon aller page 39

**Facteurs médicaux pendant la période d'allaitement**

Avez-vous eu des problèmes de santé pendant l'allaitement: Oui  Non

Si oui, préciser :

.....  
 .....

En particulier, avez-vous eu une ou des infections (Herpès, Cytomégalovirus, Toxoplasmose...) pendant la période d'allaitement ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, la ou lesquelles

- Herpès
- Cytomégalovirus
- Toxoplasmose
- Autre .....

Avez-vous eu des examens d'imagerie médicale pendant la période d'allaitement : Oui  Non

Si oui, quel type : .....

Types d'examens	Combien	Pour quelles raisons ?
<input type="checkbox"/> Radiographie		
<input type="checkbox"/> Scanner		
<input type="checkbox"/> Scintigraphie		
<input type="checkbox"/> Autres		

Avez-vous pris des médicaments pendant la période d'allaitement, y compris des anti-douleurs ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, le(s)quel(s) : .....

Types d'examens	Pour quelles raisons ?
<input type="checkbox"/> chloramphénicol (Antibiotique)	
<input type="checkbox"/> anti- rétroviraux	
<input type="checkbox"/> anti-douleur	
<input type="checkbox"/> Autre	
<input type="checkbox"/> Autre	

**Facteurs environnementaux pendant la période d'allaitement**

Utilisez-vous régulièrement des **produits de teinture de cheveux**, pendant la période d'allaitement ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,

Lesquels ?

.....  
 .....

Fréquence ?  Hebdomadaire  Mensuelle  Autre .....

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	<b>Mère Période pendant l'allaitement</b>	Père
--	---------------------------------------	---	---	------

Avez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des **produits pesticides** dans des activités de jardinage ou domestiques, pendant la période d'allaitement ?

Oui  Non  Ne sait pas  *Si oui, compléter le tableau suivant*

Pesticides	Insecticides (par exemple lutte contre cafards, araignées, moustique...)	Pesticides contre les ravageurs de bois (termite, capricornes, mûrle...)	Pesticides pour lutter contre des insectes du jardin (limaces, pucerons...)	Herbicides	Autres
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....	..... ..... ..... .....
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	

Avez-vous l'habitude d'effectuer des promenades dans les champs cultivés pendant la période d'allaitement ?

Oui  Non  Ne sait pas  *Si oui,*

	Lieux1	Lieux2	Lieux3
Nom du site / endroit			
Année			
Fréquence			

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	<b>Mère</b> <b>Période pendant</b> <b>l'allaitement</b>	Père
--	---------------------------------------	---	---	------

Aviez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des **produits chimiques\*** dans des activités de loisirs ou de ménage (bricolage, mécanique, photo...) pendant la période d'allaitement ?

Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, compléter le tableau*

Produits chimiques*	ménage	Bricolage dont peinture	mécanique	Loisirs (photo, par exemple)
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A quelle fréquence les utilisiez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....

\*peinture, colles, solvants : essence, benzène, white spirit, pesticides, herbicides, cosmétiques, produits pétroliers et dérivés, métaux et dérivés [plomb, zinc, cuivre, cadmium, etc], minéraux et dérivés, produits chlorés, résines, plastiques ...).

Durant la période d'allaitement, aviez-vous un animal domestique ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, quel animal ?*.....

L'animal dormait-il dans votre chambre? Oui  Non  Ne sait pas

Portait-il un collier ou dispositif antipuces, anti-tiques ? Oui  Non  Ne sait pas

Utilisation de poudre anti-poux sur l'animal ? Oui  Non  Ne sait pas

**Habitudes de vie pendant la période d'allaitement**

Régime alimentaire particulier :

Oui  Non  Ne sait pas

Végétarien  Végétalien  Vegan  Macrobiotique

Autre(s)  (Restrictions, Allergies, compléments, jeun etc.)

Préciser : .....

Etiez-vous fumeuse ? Oui  Non

*Si oui, combien de cigarettes par jour ?* .....

Depuis combien de temps ? .....

Fumiez-vous dans votre domicile ? Oui  Non

Buviez-vous régulièrement du thé ou du café ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, préciser, et le nombre de tasses par jour :*

.....  
.....

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	<b>Mère</b> <b>Période pendant</b> <b>l'allaitement</b>	Père
--	---------------------------------------	---	---	------

Consommiez-vous de l'alcool ? Oui  Non  Ne sait pas

Consommiez-vous habituellement :

Du vin	<input type="checkbox"/>	?	<i>si oui</i> , nb de verres par semaine : .....
De la bière	<input type="checkbox"/>	?	<i>si oui</i> , nb de verres par semaine : .....
De l'apéritif, digestif	<input type="checkbox"/>	?	<i>si oui</i> , nb de verres par semaine : .....
Autres	<input type="checkbox"/>	?	<i>si oui</i> , nb de verres par semaine : .....

Aviez-vous consommé des substances addictives (cannabis, cocaïne, etc.)?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, préciser lesquels et fréquence

.....

Quelle eau consommiez-vous au domicile ?

Eau du réseau d'eau publique	<input type="checkbox"/>	<i>si oui</i> , nb de verres par jour : .....
Eau de puits	<input type="checkbox"/>	<i>si oui</i> , nb de verres par jour : .....
Eau en bouteille	<input type="checkbox"/>	<i>si oui</i> , nb de verres par jour : .....
Source locale	<input type="checkbox"/>	<i>si oui</i> , nb de verres par jour : .....
Eau de récupération	<input type="checkbox"/>	<i>si oui</i> , nb de verres par jour : .....

Quelle eau utilisiez-vous pour les soins d'hygiène ?

Eau du réseau d'eau publique	<input type="checkbox"/>
Eau de puits	<input type="checkbox"/>
Eau en bouteille	<input type="checkbox"/>
Source locale	<input type="checkbox"/>
Eau de récupération	<input type="checkbox"/>

**Professions (quel que soit la période soit un an avant la grossesse et jusqu'au moment du diagnostic de cancer de votre enfant)**

Quelles professions avez-vous exercé ? (commencer par la profession la plus récente).

<b>Profession</b> Ex : secrétaire	<b>Secteur d'activité</b> Ex : métallurgie	<b>Nom de la société</b>	<b>Adresse</b> (au minimum la commune et code postal)	<b>Période d'exercice</b> mois/année à mois/année
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____

Est-ce que l'une des professions impliquait :

- la manipulation de produits chimiques particuliers (peinture, colles, teintures, pesticides, cosmétiques, produits pétroliers et dérivés, désinfectants, produits chlorés métaux et dérivés, etc.) ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, préciser lesquelles et les produits :* .....

.....

.....

.....

- Une exposition à des rayonnements ionisants ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui, dans quel milieu ?* médical  industrie nucléaire  transports aériens  autre

.....

.....

.....

## Informations complémentaires

Y-a-t-il d'autres informations que les parents voudraient préciser/signaler ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	<b>Père</b>
--	---------------------------------------	---	--	-------------

## Informations relatives au père

Année de naissance : 19\_\_

Code postal de naissance : \_\_\_\_ + nom de la commune de naissance .....

### Antécédents médicaux personnels

Etes-vous atteint d'une maladie génétique ? Oui  Non

*Si oui*, laquelle ? : .....

Date du diagnostic : .....

Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'un (ou plusieurs) **cancer(s) du sang** ? Oui  Non

*Si oui*, quel(s) type(s) ? : .....

Date du diagnostic : .....

Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'un (ou plusieurs) **cancer(s) solide(s)** ? Oui  Non

*Si oui*, quel(s) type(s) ? : .....

Date du diagnostic : .....

Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'une (ou plusieurs) **pathologies ou de malformation(s) congénitale(s)** ?

Oui  Non

*Si oui*, laquelle ou lesquelles ? : .....

Avez-vous été traité par radiothérapie ? Oui  Non

*Si oui*, pour quelle(s) maladie(s) ? .....

Date de début : / /

Date de fin : / /

Combien de séances ?

Avez-vous pris des médicaments au long cours ? Oui  Non

*Si oui*, préciser :

Nom du traitement: .....

Pour quelles raisons :

.....

.....

Date de début : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ; durée : .....

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	<b>Père</b>
--	---------------------------------------	---	--	-------------

**Les facteurs « environnementaux » (avant la conception de l'enfant)**

Utilisez-vous régulièrement des **produits de teinture de cheveux** ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,

Lesquels ?

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

Fréquence ?       Hebdomadaire       Mensuelle       Autre .....

Avez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des **produits pesticides** dans des activités de jardinage ou domestiques ?

Oui  Non  Ne sait pas       Si oui, compléter le tableau suivant

Pesticides	Insecticides (par exemple lutte contre cafards, araignées, moustique...)	Pesticides contre les ravageurs de bois (termite, capricornes, mériule...)	Pesticides pour lutter contre des insectes du jardin (limaces, pucerons..)	Herbicides	Autres
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Le(s)quel(s) :	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	<b>Père</b>
--	---------------------------------------	---	--	-------------

Aviez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des **produits chimiques\*** dans des activités de loisirs ou de ménage (bricolage, mécanique, photo...)?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, compléter le tableau

Produits chimiques*	ménage	Bricolage dont peinture	mécanique	Loisirs (photo, par exemple)
Le(s)quel(s) :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A quelle fréquence les utilisez-vous	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Autre .....

\*peinture, colles, solvants : essence, benzène, white spirit, pesticides, herbicides, cosmétiques, produits pétroliers et dérivés, métaux et dérivés [plomb, zinc, cuivre, cadmium, etc], minéraux et dérivés, produits chlorés, résines, plastiques ...).

Aviez-vous l'habitude d'effectuer des promenades à proximité de champs cultivés (tout type de culture) ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui,

	Lieux1	Lieux2	Lieux3
Nom du site / endroit			
Année			
Fréquence			

Aviez-vous un ou plusieurs animaux domestiques? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, quel animal ?.....

Portait-il un collier ou dispositif antipuces, anti-tiques ? Oui  Non  Ne sait pas

Utilisation de poudre anti-poux sur l'animal ? Oui  Non  Ne sait pas

Votre enfant Période de la naissance au diagnostic de cancer	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	<b>Père</b>
--	---------------------------------------	---	--	-------------

### **Habitudes de vie avant la conception de l'enfant**

Régime alimentaire particulier avant la conception :

Oui  Non  Ne sait pas

Végétarien  Végétalien  Vegan  Macrobiotique

Autre(s)  (Restrictions, Allergies, compléments, jeun etc.)

Préciser : .....

Etiez-vous fumeur avant la conception de l'enfant ? Oui  Non

*Si oui*, combien de cigarettes par jour ? .....

Depuis combien de temps ? .....

Fumiez-vous dans votre domicile ? Oui  Non

Buviez-vous régulièrement du thé ou du café avant la conception ? Oui  Non  Ne sait pas

*Si oui*, préciser, et le nombre de tasses par jour :

.....

Consommiez-vous de l'alcool avant la conception ? Oui  Non  Ne sait pas

Consommiez-vous habituellement :

Du vin  ? *si oui*, nb de verres par semaine : .....

De la bière  ? *si oui*, nb de verres par semaine : .....

De l'apéritif, digestif  ? *si oui*, nb de verres par semaine : .....

Autres  ? *si oui*, nb de verres par semaine : .....

Aviez-vous consommé des substances addictives (cannabis, cocaïne, etc.) avant la conception ?

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, préciser lesquels et fréquence

.....

Quelle eau consommiez-vous au domicile avant la conception de votre enfant ?

Eau du réseau d'eau publique  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau de puits  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau en bouteille  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Source locale  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Eau de récupération  *si oui*, nb de verres par jour : .....

Quelle eau utilisiez-vous pour les soins d'hygiène avant la conception votre l'enfant ?

Eau du réseau d'eau publique

Eau de puits

Eau en bouteille

Source locale

Eau de récupération

**Professions exercées par le père (quel que soit la période soit un an avant la conception jusqu'au moment du diagnostic de cancer de votre enfant)**

Quelles professions avez-vous exercées ? En commençant par la profession la plus récente.

Profession	Secteur d'activité Ex : métallurgie	Nom de la société	Adresse (au minimum la commune et le code postal)	Période d'exercice mois/année à mois/année
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____
				__/____ à __/____

Est-ce que l'une des professions impliquait :

- la manipulation de produits chimiques particuliers (peinture, colles, teintures, pesticides, cosmétiques, désinfectants, produits chlorés, produits pétroliers et dérivés, métaux et dérivés, etc.) ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, préciser lesquelles et les produits : .....

.....

.....

.....

- Une exposition à des rayonnements ionisants ? Oui  Non  Ne sait pas

Si oui, dans quel milieu ? médical  industrie nucléaire  transports aériens  autre

.....

.....

.....

**Informations complémentaires**

Y-a-t-il d'autres informations que vous voudriez préciser/signaler ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



