

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

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

Identification	de l'	enfant /	/ /
----------------	-------	----------	-----

Gestion de l'enquête Date du questionnaire /____/___/ Nom enquêteur : courrier Complété par : en présentiel Questionnaire renseigné auprès : ☐ mère père de l'enfant lui-même les deux parents autre : Hôpital / service suivant l'enfant : Nom du médecin clinicien référent : Coordonnées (téléphone) :

Nom du médecin traitant : Dr.

Téléphone : /___/__/__/__/

Adresse:

Votre enfant

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 :
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 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 2e 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), préciser le type (B/T) :
Leucémie aiguë myéloblastique (LAM), préciser le type :
Lymphome hodgkinien
Lymphome non hodgkinien
Autre, préciser :
Si votre enfant est atteint d'un cancer solide , de quel type s'agit-il :
Cancer du système nerveux central, préciser :
Cancer du rein, préciser :
Cancer des os, préciser :
☐ Autre, préciser :
orsque votre enfant a été pris en charge pour sa maladie, des marqueurs de susceptibilité génétiques ont
ls 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, préciser

١	otre enfant	Mère Période avant la grossesse	Mère Période pendant la grossesse	Mère Période pendant l'allaitement	Père
_	- (- See Color - de la Romana	(! d		,	
	· ·		//		
				/	
Si		/	/		
Si	récidive, date : /	/	/		
D	ate du décès si votre	e enfant est décédé	: //		
<u>A</u>	ntécédents méd	icaux familiaux e	t personnels		
1.	Antécédents méd	icaux familiaux			
Y-				ng ? Oui ☐ Non	
	•	enté avec votre enfar Parents		ıtre 🗌 Préciser:	
				les ? Oui ☐ Non ☐ Ne	
		enté avec votre enfar Parents 🗌 Grar		ıtre Préciser:	
Y-				nétiques ? Oui 🗌 Non [
		enté avec votre enfar Parents		ıtre Préciser:	
	-a-t-il d'autres pers ongénitales ?	onnes de la famill	e atteintes de path	ologies graves ou	de malformations
0	Quel lien de par	enté avec votre enfar	it?:		
	Frère/sœur 🗌	Parents Grar	nds-parents 🗌 💢 Au	ıtre	
2.	Antécédents méd	icaux personnels			
		/otre enfant : k combien de mois/sem	gs aine de grossesse :	?	
Vot	re enfant est-il né :				
	prématuré [à terme après terme [, si prématuré (<37 s 	emaines d'aménorrhée,), nombre de semaines d	l'aménorrhée ?
Vot	re enfant est-il né pa	r césarienne ?	Oui 📗 Non 🔲		
Vot	re accouchement a-t	-il été déclenché ?	Oui 📗 Non 🗌	Ne sait pas ☐	
	re enfant a-t-il été all oui, durant combien c	aité ? le mois ou semaines	Oui		
Vot	Oui Non Non Noi Noi Noi Noi Noi No	maladie(s) ?	ique ? adie de Recklinghause urofibromatose de type		de Klinefelter de Bloom
	Ataxie télangi	ectasie			

Votre enfant	Période avant la grossesse	Période pendant la grossesse	Période pendant l'allaitement	Père
Si oui, laquelle	ou lesquelles (année	ve ou chronique ? e de survenue à précise	·)?	_
Si oui, lequel ? Pour quelles ra	isons ?	nt le diagnostic de canc		
	/// //	/		
rhinopharyngite)? Si oui, a-t-il eu au	Oui Non Ne s	t antibiotique pendant la		-
	H Hépatite (es infectieuses avant le C	diagnostic de cancer ononucléose infectieu	
Oui Non Ne sait	pas 🗆	organe ou de moelle		
Oui 📗 Non 🗍		mmunosuppresseurs à	la suite de cette greffe	∍?
greffe avant le diagnosi Oui ☐ Non ☐ Si oui, pour que	ic de cancer ? Ne sait pas lle maladie ? ///	nents immunosuppresse 	·	·
Oui	Ne sait pas ☐ i ?	nents durant plus d'un n	·	, -
		ntre parenthèse la durée		
Votre enfant a-t-il pas hormis ceux ayant pe	sé plusieurs examen rmis le diagnostic de Moins de 10 🗌 🛚 E			

Mère

Mère

Mère

Votre enfant	Période avant la grossesse	Période pendant la grossesse	Période pendant l'allaitement	Père
Oui 🗌 Non 🗀	u toutes les vaccination ☐ Ne sait pas ☐ uoi (contre-indication	ns usuelles nécessaires .) ?	pour la vie en collect	tivité ?
A-t-il déjà eu au moins	s une fois un traitemer	nt anti-poux avant le diaç	gnostic du cancer ?	
Oui 🗌 Non [Ne sait pas			
Si oui, précise	er dans le tableau?			
Année				
Fréquence				
Préciser : Marque ou nom comme produit utilis Produit natu	sé ou			
Autres événements/in	formations que vous s	souhaitez signaler ?		
		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		

Mère

Mère

Mère

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

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

		arents, résidence		
Commune : .			Code postal	
Durée de se	éjour : de // _	// à ,		
□ pa □ ap	avillon, maison p	particulière avec ja particulière sans ja		
oui	non 🗋	Ne sait pas [endant la durée de séjour :]	
Présence d'		ans votre domicile proximité, si oui,	combien distance au domicile :	
Si oui, arros	eau d'eau publiq s lle		Ne sait pas □	
Environnem	ent			
□ aç		e culture : e au domicile :		
□ ind		, type d'industrie : istance au domic	le	
□ inf	□ lignes élec □ voies ferré	sence ; <i>si oui</i> , dis ctriques à haute te es ; <i>si oui</i> , distan	ance au domicile :ension ; <i>si oui</i> , distance au domicile :ce au domicile :voies rapides, autoroutes) ; <i>si oui</i> , distance au v	

riode de la naissance au	Période avant la	Période pendant la	Période pendant	Père
gnostic de cancer	grossesse	grossesse	l'allaitement	
□ autre so	urce suspectée, se	lon vous, comme pollu	ante (si oui. distance	au domicile)
	· ·		•	•
		, résidence du père)		
		C		
		/à //	•	
-	ue //		/	
Type d'habitat : □ pavillon	, maison particulièr	e avec iardin		
•	, maison particulièr	•		
□ apparte				
□ autre (p	réciser)			
Réalisation de tra	vaux (intérieur / ext	térieur) pendant la dur	ée de séjour :	
oui 🗌 non 🗌	Ne sait pas [
•	•			
Présence d'un pu				
	□ à proximité		domicile:	
Présence d'un po	tager∵oui⊟ no	n		
Si oui, arrosage a	ivec:			
Eau du réseau d'e Eau de puits	eau publique 🗌			
Source locale	H			
Eau de récupérat	ion			
Environnement				
	ure, type de culture	:		
	distance au dom	nicile :		
□ industrie	el < 500 m. type d'in	ndustrie :		
		u domicile		
		Ua (a) .		
	cture, si oui lesque	iie(s) : <i>i oui</i> , distance au domi	cile ·	
		haute tension ; <i>si oui</i> ,		
	voies ferrées ; si ou	ui, distance au domicile	e:	
	trafic routier import	ant (ex : voies rapides	, autoroutes) ; <i>si oui</i> ,	distance au domicile
···	aéroport ; <i>si oui</i> , di	stance au domicile :		
	•			
		lon vous, comme pollu	ıante (si oui, distance	au
aomicile)				

Votre enfant

Mère

Mère

Mère

 Votre enfant
 Mère
 Mère
 Mère

 Période de la naissance au diagnostic de cancer
 Période avant la grossesse
 Période pendant la grossesse
 Période pendant la l'allaitement

abitat 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, combiendistance au domicile :
Présence d'un potager : oui
Environnement
□ agriculture, type de culture :
□ industriel < 500 m, type d'industrie :
□ infrastructure, si oui lesquelle(s) : □ station essence ; <i>si oui</i> , distance au domicile :
□ aéroport ; <i>si oui</i> , distance au domicile :
□ autre source suspectée, selon vous, comme polluante (si oui, distance au domicile)

 Votre enfant
 Mère
 Mère
 Mère

 Période de la naissance au diagnostic de cancer
 Période avant la grossesse
 Période pendant la grossesse
 Période pendant la l'allaitement

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
Présence d'un potager : oui
Environnement □ agriculture, type de culture : distance au domicile :
□ industriel < 500 m, type d'industrie : distance au domicile
□ infrastructure, si oui lesquelle(s) : □ station essence ; <i>si oui</i> , distance au domicile :
□ autre source suspectée, selon vous, comme polluante (si oui, distance au domicile)

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

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

Membre de la famille autre Localisation : N° et Rue :	_		
Commune :		C	Code postal :
Date début fréquentation : /	<u> </u>	1	
Date fin de fréquentation : /	<u>/</u> /	,	
Sur une année, combien de fois fré	equentez-vous	cette autre résidence? :	
En moyenne, combien de jours pas	ssez-vous dans	s cette autre résidence à d	chaque fréquentation ?
Type d'habitat : □ pavillon, maison parti □ pavillon, maison parti □ appartement □ autre (préciser)	iculière sans ja	rdin	
Si oui, description:		endant la durée de séjour	
•	votre domicile ximité, si oui,		
Présence d'un potager : oui Si oui, arrosage avec : Eau du réseau d'eau publique Eau de puits Source locale Eau de récupération		Ne sait pas □	
Environnement □ agriculture, type de c distance a	ulture : u domicile :		
□ industriel < 500 m, typ dista	oe d'industrie : ance au domicil		
□ lignes électric □ voies ferrées □ trafic routier i	ce ; <i>si oui</i> , dist ques à haute te ; <i>si oui</i> , distand important (ex :	ce au domicile :voies rapides, autoroutes	domicile:); si oui, distance au domicile:
⊔ aeroport ; <i>si</i> (oui, distance ai	u domicile :	
			• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •

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

Entre la na vacances o cumulés) o	acances /durée et fréquence des séjours : aissance et le diagnostic de cancer de votre enfant, avez-vous fréquenté un ou des lieux lont la durée des séjours est supérieure à 6 mois en cumulés soit en plusieurs fois (plus de 6 m u sur une période plus longue (plus de 6 mois cumulés) ?
oui 🗌	non Ne sait pas
Si oui,	
	Rue:
	:Code postal
	e séjour : de /// à _//
	abitat : pavillon, maison particulière avec jardin pavillon, maison particulière sans jardin appartement autre (préciser)
	on de travaux (intérieur / extérieur) pendant la durée de séjour :Oui
Si oui, ai Eau du r Eau de p Source le	
Environn	ement agriculture, type de culture : distance au domicile :
	industriel < 500 m, type d'industrie : distance au domicile
	infrastructure, si oui lesquelle(s) : □ station essence ; si oui, distance au domicile :
	□ aéroport : <i>si oui</i> . distance au domicile :

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

□ 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 :
N°:Adresse complète :
Code postal :
Commune :
de / à
Fréquence de fréquentation :
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 :
Commune :
de /// à//
Fréquence de fréquentation :
☐ Halte-garderie N°:Adresse complète :
Commune :
de /// à//
Fréquence de fréquentation :

Période de la nais		Période avant la	Période pendant la	Période pendant	Père
diagnostic de can	cer	grossesse	grossesse	l'allaitement	
	e (ex : famille N° :Ad	•			
(Code postal	:	Commune:		
	de //	//à /	//		
	Fréquence o	de fréquentation :			
suspectée, se	lon vous, co	mme polluante?		es ferrées, usines ou a	
					•
Ecoles fréqu	entées :				
Nom de l'éc	cole materne	lle :			
Code posta	l	Commune :			
Classes	Année(s) s		7		
PS			-		
MS			-		
GS			1		
Nom de l'éc	ole élément	aire :			
Code posta	l	Commune :			
Classes	Année(s) s	colaire(s)	1		
СР			1		
CE1			1		
CE2			-		
CM1			-		
CM2			-		
			_		
Nom du col	lège :				
Code posta	l	Commune :			
Classes	Année(s) s	colaire(s)]		
6 ^{ème}			1		
Eème			1		

Mère

Votre enfant

4^{ème} 3^{ème} Mère

Mère

diagnostic de c	ancer gros	ssesse	grossesse	l'allaitement	
	-				
Adresse :					
Code pos	talCo	mmune :			
Classes	Année(s) scola	ire(s)			
seconde			7		
première)				
terminale	е				
diagnostion Quelqu'un fur	environnemen 2 mait-il dans la mais	taux - Exr son ? Oui □	oositions de	e l'enfant depuis	la naissance jusq
31 oui precise	r la personne et le	nombre de ci	garettes/j:		
Y a-t-il eu des	travaux ou des a	ménagements	dans la cham	bre de l'enfant ? Oui ☐	Non ☐ Ne sait pas ☐
Si oui, précise	er:				
••••••					
Des pesticide	s étaient-ils utilisé	s durant cette	période à l'inté	érieur de votre domicile	e ou autre domicile fréque
égulièrement	: ?				
DOMICILE					
	on Ne sait p		ser dans le tab		
Pesticides	Insecticides (par		les contre les	Pesticides pour lutter	Herbicides
	exemple lutte con	tre ravageu	ırs de bois	contre des insectes	
	cafards, araignée	s, (termite	S,	du jardin (limaces,	
	moustique)	caprico		pucerons)	
		mérule.)		
Le(s)quel(s):					
					.
					.
A quelle	Quotidienne	Quoti	dienne	Quotidienne	Quotidienne
fréquence	☐ Hebdomadaire		omadaire	☐ Hebdomadaire	☐ Hebdomadaire
les utilisiez-	 ☐ Mensuelle	Mens		 ☐ Mensuelle	 ☐ Mensuelle
vous	Autre	□Autre		☐ Autre	☐ Autre

Votre enfant

Période de la naissance au

Mère

Période avant la

Mère

Période pendant la

Mère

Période pendant

Père

diagnostic de cancer	grossesse	grossesse	ranaitement	
AUTRES LIEUX ,				
Oui Non D		oui, lequel ?		
préciser dans le Pesticides	Insecticides (par	Pesticides contre les	Pesticides pour lutter	Herbicides
	exemple lutte contre	ravageurs de bois	contre des insectes	
	cafards, araignées,	(termites,	du jardin (limaces,	
	moustique)	capricornes,	pucerons)	
	, ,	mérule)	,	
Le(s)quel(s):				
(-)-[(-)				
A quelle	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne
fréquence les	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire
utilisiez-vous	Mensuelle	Mensuelle	Mensuelle	Mensuelle
	Autre	Autre	Autre	Autre
	miques* étaient-ils utilisés			cile ou autre domicile
fréquenté régulie	èrement (ex :ménage, bri	icolage, mécanique, pho	oto)?	
<u>_</u>				
DOMICILE				
Oui Non	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	éciser dans le tableau :	· , ,	T
Produits	ménage	Bricolage dont	mécanique	Loisirs (photo, par
chimiques		peinture		exemple)
Le(s)quel(s):				
A quelle	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne
·	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire	☐ Hebdomadaire
fréquence les	☐ Mensuelle	☐ Mensuelle	☐ Mensuelle	☐ Mensuelle
LITURIOZ-VOLIC				

☐ Autre

___ Autre

Votre enfant

utilisiez-vous

☐ Autre

Période de la naissance au

Mère

Période avant la

Mère

Période pendant la

Mère

Période pendant

Père

☐ Autre

Votre enfant Période de la naissa	nce au	Mère Période avant la	Mère Période pendant la	Mère Période pendant	Père
diagnostic de cance	r	grossesse	grossesse	l'allaitement	
UTRES LIEUX		-14	avi la mal 0		
Oui 🔲 Non [ait pas <u> </u> , si	oui, lequel ?		
préciser dans le Produits	ménage		Bricolage dont	mécanique	Loisirs (photo, par
	monago		peinture	moodingao	exemple)
chimiques*			peinture		exemple)
_e(s)quel(s) :					
A quelle	Quotidi	enne	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne
réquence les	Hebdor	madaire	☐ Hebdomadaire	Hebdomadaire	☐ Hebdomadaire
-	Mensue	elle	 ☐ Mensuelle		 ☐ Mensuelle
ıtilisiez-vous	Autre				 ☐ Autre
dérivés [plomb, ziı	nc, cuivre, ca	dmium, etc], minér	aux et dérivés, produits chlore	cosmétiques, produits pétrolié és, résines, plastiques). ne vous souhaitez précis	
		. (diagnostic	

.....

Oui 🗌

Oui 🗌

Non 🗌

Non 🗌

Non 🗌

Ne sait pas

Ne sait pas

Ne sait pas

L'animal dormait-il dans la chambre de l'enfant ?

Utilisation de poudre anti-poux sur l'animal ?

Portait-il un collier ou dispositif antipuces et anti-tiques ? Oui

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

Lieux à préciser	Ste-Pazanr	ne	St-Mars-du-0	St-Mars-du-Coutais		ans
	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence
Aire de	La coulée verte					
jeux	☐ Escale de Retz					
Plan d'eau	La coulée verte		П		<u> </u>	
rivière	☐ A proximité du Centre					
	de santé					
Parc			□			
animalier						
			Π		<u> П</u>	
Piscine			☐ ······		□	
Piscine (privée /						

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

Lieux à préciser	Port-st-P	ère		laire de	Villeneuv	e-en-Retz	Machec	
			Cha	aléons			Mêr	ne
	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréquence	Lieux	Fréqu
								ence
Aire de	☐						☐	
jeux								
Plan								
d'eau /								
rivière	☐							
Parc	☐ Planète sauvage							
animalier								
Piscine	☐						☐	
(privée /								
publique)								
Autres								
Oui	lon							
		Lie	eux1	Lieu	x2	Lieu	ıx3	
Nom du si	te / endroit							
Année								
Fréquence)							
Baignade Si oui,	ou jeux d'eau près	s d'une riviè	ere ou de pla	ns d'eau locaux	k? Oui □	Non 🗌 N	le sait pas	; <u> </u>
		Lie	eux1	Lieu	x2	Lieu	ıx3	
Nom du sit	te / endroit							
Année								
Fréquence	,							

Votre enfant	Mère Bériodo o		/lère	lont lo	Mère	nondont	Père
Période de la naissance au diagnostic de cancer	Période av grossesse		ériode pend rossesse	iani ia	l'allaitem	pendant nent	reie
équentation réguliè	ere d'un centre	aéré: Oui	☐ Nor	n	sait pa	ıs 🗌	
oui, merci de comp	oléter le tablea	u suivant					
	Nom	Lieu		Année	Р	ériodicité	Fréquence
		(commun	e +		1)	mercredi ,	
		code pos	tal)		\	/acances	
					so	colaires)	
entre aéré 1							
entre aéré 2							
entre aéré 3							
entre aéré 4							
quentation réguliè	ere d'un accue	il périscolaire	e · Oui F	☐ Non ☐	Ne	sait pas	
oui, merci de comp		-). Oui	_	140		
Jan, morer de cem,	Nom		eu	Anné		Périodicit	é Fréquence
	110		nune +	741110	•	(matin, so	-
		-	postal)			mercredi	
ccueil		0000	- Journ				•
ériscolaire 1							
ELISCOIAITE I							
anuail							
ccueil							
ériscolaire 2							
ccueil							
ériscolaire 3						1	

Accueil

périscolaire 4

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
•		trascolaires (sport, music	que, etc.) :	
ui 🗌 Non 🗌	Ne sait pas 🗌			
<i>i oui,</i> merci de complé	ter le tableau ci-des	sous:		
	Type d'activité	Lieu	Année	Fréquence
		(commune + code		
		postal)		
Activité 1				
Activité 2				
Activité 3				
Activité 4				
Activité 4				
Activité 5				
Activité 5				
1 11 11 0				
Activité 6				
Activité 7				
proximité de ces lieux	: présence de statio	on essence, lignes électr	iques, voies ferrée	s, usines ou autre
ource suspectée, selor	n vous, comme pollu	ıante?		

.....

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

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

Votre enfant a-t-il suivi ou su Oui Non N	uit-il un régime particulier ? le sait pas ☐		
` <i>i</i> — `	talien	ents, jeun etc.)	
Quelle eau consomme-t-il au Eau du réseau d'eau Eau de puits Eau en bouteille Source locale Eau de récupération	publique	de verres par jour :	
Consomme-t-il des légumes Si oui, préciser dans le		Non Ne sait pas	
	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 ?			
	s directement dans une ferrer le lieux ?	n	
		ui	
	Ne sait pas 🗌	e l'agriculture biologique ?	
Quelle eau est utilisée pour Eau du réseau d'eau Eau de puits Eau en bouteille			
Source locale Eau de récupération			

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

Informations complémentaires

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

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

Informations relatives à la mère
Année de naissance : 19 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 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) ? :
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:
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	Mère	Mère	Mère	
Période de la naissance	Période avant la	Période pendant la	Période pendant	Père
au diagnostic de cancer	grossesse	grossesse	l'allaitement	

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 Insecticides (par Pesticides pour lutter **Pesticides** Pesticides contre les Herbicides Autres exemple lutte contre ravageurs de bois contre des insectes du cafards, araignées, (termites, capricornes, jardin (limaces, moustique...) pucerons..) mérule...) Oui Oui Oui Oui Oui ☐ Non □Non □Non □Non □Non Ne sait pas Ne sait pas Ne sait pas Ne sait ☐ Ne sait pas Le(s)quel(s) Utilisation de protection Oui 🗌 Oui Non Oui 🗌 Non 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 (gants, Non 🗌 masque) Quotidienne Quotidienne Quotidienne Quotidienne A quelle Hebdomadaire Hebdomadaire Hebdomadaire Hebdomadaire fréquence Mensuelle Mensuelle les utilisiez-☐ Autre ☐ Autre ☐ Autre ☐ Autre

vous

e(s)quel(s):				Loisirs (photo, par
.e(s)quel(s):		peinture		exemple)
Į.				
Itilisation de				
rotection (gants,	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
nasque)				
quelle fréquence	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne
es utilisiez-vous	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire
	☐ Mensuelle ☐ Autre	☐ Mensuelle ☐ Autre	☐ Mensuelle ☐ Autre	☐ Mensuelle ☐ Autre
avant votre grossess	se?	nades à proximité de ch	amps cultivés (tout type	e de culture)
ivant votre grossess Dui	-	nades à proximité de ch	amps cultivés (tout type	e de culture)
vant votre grossess Dui	se?	nades à proximité de ch	amps cultivés (tout type	e de culture)
avant votre grossess Dui	se ? Ne sait pas ☐ Lieux1			e de culture)
avant votre grossess	se ? Ne sait pas ☐ Lieux1			e de culture)

Mère

Période avant la

Votre enfant

Période de la naissance

Mère

Période pendant la

Mère

Période pendant

Père

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

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

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
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
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 :
□ industriel < 500 m, type d'industrie : distance au domicile
□ infrastructure, si oui lesquelle(s) : □ station essence ; <i>si oui</i> , distance au domicile :
□ autre source suspectée selon vous comme polluante (si oui, distance au domicile)

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

A proximité de ces lieu	ux : présence	de s	station	essenc	e,	lignes élect	riques, voies ferrées, usines ou	ı autre
source suspectée, sel	on vous, com	me	polluar	nte?				
Facteurs médicaux pend	dant la gross	ess	<u>e</u>					
Avez-vous eu des problèn Si oui, préciser :	nes de santé	pen	dant la	grosse	SS6	e: Oui 🗌	Non	
En particulier, avez-vous e votre grossesse ? Oui Non Ne sait Si oui, la ou lesquelles		s infe	ections	(Herpè	es,	Cytomégalo	ovirus, Toxoplasmose) penda	ant
Pathologies		М	oment	de la gr	os	sesse		
Herpès				stre 1 (7	
				stre 2 (̀				
			Trimes	stre 3 (ГЗ)			
Cytomégalovirus			T1]T2 [Г3	<u>_</u>	
☐ Toxoplasmose			T1]T2 [_	Г3		
Autre			T1 []T2 [Г3		
Avez-vous eu des examer Si oui,	ns d'imagerie	méd	dicale p	endant	l la	grossesse	: Oui Non	
Types d'examens	Combien	N	/loment	t de la ç	gro	ssesse	Pour quelles raisons ?	
Radiographie			T1	☐ T2		T3		
Scanner			T1	T2		T3		
Scintigraphie			T1	□ T2		T3		
Autres] T1	□ T2		T3		
Avez-vous pris des médie Oui Non Non N Si oui, le(s)quel(s):	le sait pas 🗌						anti-douleurs ?	
Types d'examens	Période de					Pour quelles	s raisons ?	
chloramphénicol		2 [T3					
(Antibiotique)								
anti- rétroviraux]	2 [T3					
anti-douleur		2 [T3					
Autre		2 [T3					
Autre	☐ T1 ☐ T	2 [T3					

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

Facteurs environnementaux pendant la grossesse

Utilisiez-vous ré Oui Non [Si oui, Lesquels	☐ Ne sait pas ☐	ts de teinture de chev	eux, pendant la grosses	sse ?	
Fréquenc	e? □ Hebdo	omadaire □ Mens	suelle □ Autre		
Avez-vous fréq Si oui, fréquend		pendant votre grosse	sse ? Oui Non] Ne sait pas ☐]
	ndant votre grossesse	?	sticides dans des acti	vités de jardinage	ou
Pesticides	Insecticides (par	Pesticides contre les	Pesticides pour lutter	Herbicides	Autres
	exemple lutte contre	ravageurs de bois	contre des insectes		
	cafards, araignées,	(termites,	du jardin (limaces,		
	moustique)	capricornes,	pucerons)		
	. ,	mérule)	,		
	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas	☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas			
Le(s)quel(s):					
Utilisation de					
protection	Out D Non D	Out D Nord D	Out D Name D	Out Name	Oui 🗌
(gants,	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Non 🗌
masque)					
Moment de la	□T1	□T1	□T1	□T1	☐ T1
grossesse	□ T2 □ T3	□ T2 □ T3	□ T2 □ T3	☐ T2 ☐ T3	□ T2 □ T3
A quelle	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne	
fréquence les	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire	☐ Hebdomadaire	
utilisiez-vous	Mensuelle	Mensuelle	☐ Mensuelle	Mensuelle	
	Autre	Autre	Autre	☐ Autre	

Produits	npléter le tableau ménage	Bricolage dont	mécanique	Loisirs (photo, par
chimiques*		peinture		exemple)
Le(s)quel(s):				
Utilisation de				
protection	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non
(gants,				
masque)		 □ T4		
Moment de la	□ T1 □ T2	□ T1 □ T2	□ T2	☐ T2
grossesse	☐T3	□T3	□T3	□T3
A quelle	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne
fréquence les	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire
utilisiez-vous	☐ Mensuelle ☐ Autre	☐ Mensuelle ☐ Autre	☐ Mensuelle ☐ Autre	☐ Mensuelle ☐ Autre
dérivés [plomb, zin		raux et dérivés, produits chlore	és, résines, plastiques).	
	Lieux1	Lieux2	Lieu	x3
Nom du site / en	droit			
Année				
Fréquence				
	esse, aviez-vous un animimal ?		Non	

Mère

grossesse

Période pendant la

Mère

Période avant la

grossesse

Mère

Période pendant l'allaitement

Père

Votre enfant

Période de la naissance

au diagnostic de cancer

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

Habitudes de vie pendant la grossesse

Régime alimentaire particulier Oui Non Ne	pendant la grossesse : sait pas []		
	lien		
	rettes par jour ? ps ?		
Buviez-vous régulièrement du Si oui, préciser et le nom	thé ou du café pendant vonbre de tasses par jour :		on
Consommiez-vous de l'alcool d' Consommiez-vous habituellem Du vin [De la bière [De l'apéritif, digestif [Autres [nent : ? si oui, nb di	e verres par semaine : e verres par semaine : e verres par semaine : e verres par semaine :	
Aviez-vous consommé des sub Oui Non Ne sait Si oui, préciser lesquelle	t pas 🗌	abis, cocaïne, etc.) pendant	votre grossesse ?
Quelle eau consommiez-vous, Eau du réseau d'eau pul Eau de puits Eau en bouteille Source locale Eau de récupération	blique si oui, nb d si oui, nb d	e verres par jour :e verres par jour :	
Pendant votre grossesse, cons Si oui, préciser dans le t	J	es d'un potager ? Oui	Non ive sait pas
	Potager 1	Potager 2	Potager 3
Lieux (famille, voisin)			
Type (potager personnel, autre membre de la famille,			

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

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
<u>Informations complémentaires</u>
mormations complementanes
Y-a-t-il d'autres informations que vous voudriez préciser/signaler concernant la période de votre grossesse ?

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

PENDANT ALLAITEME	NT SI CONCE	ERNEE
Avez-vous allaité ? Oui [∏ Non [] s	si oui continuer le questionnaire sinon aller page 39
Facteurs médicaux pend	dant la période	le d'allaitement
Avez-vous eu des problèn Si oui, préciser :	nes de santé po	oendant l'allaitement: Oui ☐ Non ☐
période d'allaitement ? Oui Non Ne sait Si oui, la ou lesquelles Herpès Cytomégalovirus Toxoplasmose Autre Avez-vous eu des examer	pas ns d'imagerie n	médicale pendant la période d'allaitement : Oui Non
Types d'examens	Combien	Pour quelles raisons ?
Radiographie		
Scanner		
Scintigraphie		
Autres		
Oui 🗍 Non 📗 N	le sait pas 🗌	ant la période d'allaitement, y compris des anti-douleurs ?
Types d'examens	Pour qu	quelles raisons ?
chloramphénicol		
(Antibiotique)		
anti- rétroviraux		
anti-douleur		
Autre		
Autre		
Facteurs environnement	taux pendant l	la période d'allaitement
	t des produits (uit pas 🗌	de teinture de cheveux, pendant la période d'allaitement ?
Fréquence ?	□ Hebdoma	nadaire □ Mensuelle □ Autre

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

Avez-vous l'habitude d'utiliser régulièrement des produits pesticides dans des activités de jardinage ou domestiques, pendant la période d'allaitement ? Oui 🗆 Non \Box Ne sait pas □ Si oui, compléter le tableau suivant Pesticides Insecticides (par Pesticides contre les Pesticides pour lutter Herbicides Autres exemple lutte contre ravageurs de bois contre des insectes (termites, capricornes, cafards, araignées, du jardin (limaces, mérule...) moustique...) pucerons..) Oui Oui Oui Oui Oui □Non ☐ Non □Non ☐ Non Non ☐ Ne sait pas ☐ Ne sait pas ☐ Ne sait pas ☐ Ne sait ☐ Ne sait pas pas Le(s)quel(s) Utilisation de protection Oui 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 Oui 🗌 Oui 🗌 Non 🗌 Non 🗌 Non 🗌 (gants, masque) Quotidienne Quotidienne Quotidienne Quotidienne A quelle Hebdomadaire Hebdomadaire Hebdomadaire Hebdomadaire fréquence Mensuelle ☐ Mensuelle ☐ Mensuelle les utilisiez-☐ Autre ☐ Autre ☐ Autre ☐ Autre vous Aviez-vous l'habitude d'effectuer des promenades dans les champs cultivés pendant la période d'allaitement? Oui \square Non □ Ne sait pas □, Si oui, Lieux1 Lieux2 Lieux3 Nom du site / endroit Année

Fréquence

Période de la naissa au diagnostic de car		Période avant la grossesse		Période grosses	pendant la se		Période l'allaite	pendant ment	Père	
Aviez-vous l'hab ménage (bricola Oui N Si oui, con	ge, méc Ion 🗌	anique, photo…) Ne sait pas						s des activit	és de loisirs	s ou de
Produits	ménage		Bri	colage do	ont	mé	canique		Loisirs (ph	oto, par
chimiques*			pei	nture					exemple)	
Le(s)quel(s):										
Utilisation de protection (gants, masque)	Oui [□ Non □	C	Dui 🗌	Non 🗌	C	Dui 🗌	Non 🗌	Oui 🗌	Non 🗌
A quelle	Quoti	idienne		Quotidienr	ne		Quotidien	ne	Quotidie	nne
fréquence les	_	lomadaire	_	Hebdoma		_	Hebdoma		Hebdom	
utilisiez-vous	Mens	suelle :		Mensuelle Autre		_	Mensuelle Autre		☐ Mensuel	
L'animal dorm Portait-il un col	d'allaite mal ? ait-il dal	cadmium, etc], minér	s un e? es, a	t dérivés, panimal comment	roduits chloré lomestique Oui	es, rés	sines, plast oui \(\) \\\\\ \\\\ \\\\\ \\\\\ \\\\\ \\\\\\\	lon	e sait pas [it pas []	
Habitudes de vi	e penda	ant la période d	'alla	<u>itement</u>						
── Végétarien Autre(s)	on	Ne sait pas ☐ égétalien ☐ Nestrictions, Allerg	- √ega ies,	complén		etc.))			
Depuis co	nbien de mbien d	ui Non Se cigarettes par jo le temps ? s votre domicile ?								
•	ciser, et	ent du thé ou du d le nombre de ta	sses	par jour	-	_	le sait p	_		

Mère

Mère

Mère

Votre enfant

Votre enfant	Mère	Mère	Mère	
Période de la naissance	Période avant la	Période pendant la	Période pendant	Père
au diagnostic de cancer	grossesse	grossesse	l'allaitement	
Consommiez-vous de l' Consommiez-vous habi Du vin De la bière De l'apéritif, diges Autres	tuellement : ?	Non Ne sait pas si oui, nb de verres par	r semaine : r semaine :	
Oui 🔲 Non 🗌	des substances addi Ne sait pas squels et fréquence	ictives (cannabis, cocaïn	ne, etc.)?	
Quelle eau consommie: Eau du réseau d' Eau de puits Eau en bouteille Source locale Eau de récupérat	eau publique 🗌	si oui, nb de verres par si oui, nb de verres par	r jour : r jour : r jour :	
Quelle eau utilisiez-vou Eau du réseau d' Eau de puits Eau en bouteille Source locale Eau de récupérat	eau publique	giène ?		

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).

Profession Ex : secrétaire	Secteur d'activité Ex : métallurgie	Nom de la société	Adresse (au minimum la commune et code postal)	Période d'exercice mois/année à mois/année
				/ à/
Est-ce que l'une des prof	essions impliquait :			

e que l'une des professions impliquait :
 o 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
Si oui, dans quei milieu ? medicai 📗 industrie nucleaire 📗 transports aeriens 🔝 autre 🗀

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

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

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 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)?:
Etes-vous atteint ou avez-vous été atteint d'un (ou plusieurs) cancer(s) solide(s) ? Oui Non Si oui, quel(s) type(s) ? :
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) ?
Avez-vous pris des médicaments au long cours ? Oui Non Si oui, préciser : Nom du traitement: Pour quelles raisons :
Data da dábut: / / durás :

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

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

Oui ☐ Nor Si oui,										
Fréquence ?										
Avez-vous l'ha domestiques ?		rement des produits p	pesticides dans des ad	ctivités de jardinag	e ou					
Oui No	n 🔲 Ne sait pas 🗌		éter le tableau suivant							
Pesticides	Insecticides (par	Pesticides contre les	Pesticides pour lutter	Herbicides	Autres					
	exemple lutte contre	ravageurs de bois	contre des insectes du							
	cafards, araignées,	(termites, capricornes,	jardin (limaces,							
	moustique)	mérule)	pucerons)							
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui					
	Non	☐ Non ☐ Ne sait pas	☐ Non ☐ Ne sait pas	☐ Non ☐ Ne sait pas	☐ Non ☐ Ne sait pas					
Le(s)quel(s)	☐ Ne sait pas									
LC(3)quci(3)										
:										
Utilisation de										
protection	Out O	Out D Name D	Out O	Out D Nam D	Oui 🗌					
(gants,	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Non 🗌					
masque)										
A quelle	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne	Quotidienne						
fréquence	Hebdomadaire	☐ Hebdomadaire	Hebdomadaire	Hebdomadaire						
les utilisiez-	Mensuelle	Mensuelle	Mensuelle	Mensuelle						
vous	☐ Autre	☐ Autre	Autre	Autre						

Produits	ménage		Bricolage	e dont	mécanique)	Loisirs (photo, par
:himiques*			peinture				exemple)
_e(s)quel(s):							
tilisation de							
rotection gants,	Oui 🗌	Non 🗌	Oui 🗌	Non 🗌	Oui 🗌	Non 🗌	Oui Non
nasque)							
quelle	Quotidie	enne	Quotid	ienne	Quotidie	nne	Quotidienne
réquence les	Hebdon	nadaire	Hebdo	madaire	Hebdom	adaire	Hebdomadaire
•			Mensuelle		☐ Mensuelle		
tilisiez-vous	☐ Mensue	elle	☐ Mensu	elle	☐ Mensuel	ie	☐ Mensuelle
*peinture, colle	Autre	essence, benzène,	Autre .		Autre	ues, produits p	← Autreétroliers et dérivés, métau:
*peinture, colle dérivés [plom Aviez-vous	Autre Autre es, solvants : e nb, zinc, cuivre	essence, benzène, e, cadmium, etc],	Autre . white spirit, minéraux et c	pesticides, herbic lérivés, produits c	Autre	ues, produits p	← Autreétroliers et dérivés, métau:
*peinture, colle dérivés [plon Aviez-vous Oui N	Autre Autre es, solvants : e nb, zinc, cuivre	essence, benzène, e, cadmium, etc], d'effectuer des	Autre . white spirit, minéraux et c	pesticides, herbic lérivés, produits c	Autre ides, cosmétique chlorés, résines	ues, produits p , plastiques) OS Cultivés (étroliers et dérivés, métau:
*peinture, colle dérivés [plon Aviez-vous Oui N	Autre es, solvants : e nb, zinc, cuivre l'habitude c	essence, benzène, e, cadmium, etc], d'effectuer des Ne sait pas [Autre . white spirit, minéraux et c	pesticides, herbic dérivés, produits d des à proximit	Autre ides, cosmétique chlorés, résines	ues, produits p , plastiques) OS Cultivés (étroliers et dérivés, métaus. tout type de culture)
*peinture, colle dérivés [plom Aviez-vous Oui	Autre es, solvants : e nb, zinc, cuivre l'habitude c	essence, benzène, e, cadmium, etc], d'effectuer des Ne sait pas [Autre . white spirit, minéraux et c	pesticides, herbic dérivés, produits d des à proximit	Autre ides, cosmétique chlorés, résines	ues, produits p , plastiques) OS Cultivés (étroliers et dérivés, métaus. tout type de culture)
*peinture, colle dérivés [plon Aviez-vous Oui	Autre es, solvants : e nb, zinc, cuivre l'habitude c	essence, benzène, e, cadmium, etc], d'effectuer des Ne sait pas [Autre . white spirit, minéraux et c	pesticides, herbic dérivés, produits d des à proximit	Autre ides, cosmétique chlorés, résines	ues, produits p , plastiques) OS Cultivés (étroliers et dérivés, métaus. tout type de culture)
*peinture, colled dérivés [plond Aviez-vous Oui Nois oui,	Autre es, solvants : e nb, zinc, cuivre l'habitude c	essence, benzène, e, cadmium, etc], d'effectuer des Ne sait pas [Autre . white spirit, minéraux et c	pesticides, herbic dérivés, produits d des à proximit	Autre ides, cosmétique chlorés, résines	ues, produits p , plastiques) OS Cultivés (étroliers et dérivés, métaus. tout type de culture)
*peinture, colled dérivés [plond Aviez-vous Oui Nois oui,	Autre es, solvants : e nb, zinc, cuivre l'habitude c	essence, benzène, e, cadmium, etc], d'effectuer des Ne sait pas [Autre . white spirit, minéraux et c	pesticides, herbic dérivés, produits d des à proximit	Autre ides, cosmétique chlorés, résines	ues, produits p , plastiques) OS Cultivés (étroliers et dérivés, métaus. tout type de culture)
Aviez-vous Oui	Autre es, solvants : e nb, zinc, cuivre l'habitude c	essence, benzène, e, cadmium, etc], d'effectuer des Ne sait pas [Autre . white spirit, minéraux et c	pesticides, herbic dérivés, produits d des à proximit	Autre ides, cosmétique chlorés, résines	ues, produits p , plastiques) OS Cultivés (étroliers et dérivés, métau tout type de culture)

Mère

grossesse

Période pendant la

Mère

Période pendant

l'allaitement

Père

Votre enfant

Période de la naissance

au diagnostic de cancer

Mère

Période avant la

grossesse

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

Habitudes de vie avant la conception de l'enfant

Régim Oui ☐	e alimentaire particulier avant la conception : Non
	/égétarien
, I	vous fumeur avant la conception de l'enfant ? Oui Non Non Si oui, combien de cigarettes par jour ?
,	-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 :
Conso	mmiez-vous de l'alcool avant la conception ? Oui Non Ne sait pas mmiez-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 :
(vous consommé des substances addictives (cannabis, cocaïne, etc.) avant la conception ? Oui Non Ne sait pas oui, préciser lesquels et fréquence
 	eau consommiez-vous au domicile avant la conception de votre enfant ? Eau du réseau d'eau publique si oui, nb de verres par jour : si oui, nb de verres par
 	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'exercion mois/année à mois/année
				/ à/
o la manipulat cosmétiques etc.) ? Oui □	ofessions impliquait : ion de produits chimique s, désinfectants, produits] Non	s chlorés, produit s 🗌	s pétroliers et dérivé	s, métaux et dérivé
cosmétiques etc.) ? Oui [ion de produits chimique s, désinfectants, produits] Non	s chlorés, produit s 🗌	s pétroliers et dérivé	s, métaux et dérivé
 o la manipulati cosmétiques etc.) ? Oui ☐ Si oui, préciser le 	ion de produits chimique s, désinfectants, produits] Non	s chlorés, produit s	s pétroliers et dérivé	s, métaux et dérivé
o la manipulati cosmétiques etc.) ? Oui ☐ Si oui, préciser le	ion de produits chimiques, désinfectants, produits Non Ne sait passesquelles et les produits ion à des rayonnements milieu? médical ir	s chlorés, produit s	s pétroliers et dérivé	s, métaux et dérivé
o la manipulati cosmétiques etc.) ? Oui ☐ Si oui, préciser le oui, préciser le oui, dans quel ormations complé	ion de produits chimiques, désinfectants, produits Non Ne sait par sequelles et les produits ion à des rayonnements milieu? médical ir	ionisants ? Oui	s pétroliers et dérivé	s, métaux et dérivé
o la manipulati cosmétiques etc.) ? Oui ☐ Si oui, préciser le oui, préciser le oui, dans quel ormations complé	ion de produits chimiques, désinfectants, produits Non Ne sait passesquelles et les produits ion à des rayonnements milieu? médical ir	ionisants ? Oui	s pétroliers et dérivé	s, métaux et dérivés
o la manipulati cosmétiques etc.) ? Oui ☐ Si oui, préciser le oui, préciser le oui, dans quel ormations complé	ion de produits chimiques, désinfectants, produits Non Ne sait par sequelles et les produits ion à des rayonnements milieu? médical ir	ionisants ? Oui	s pétroliers et dérivé	s, métaux et dérivés

Informations complémentaires

Y-a-t-il d'autres informations que vous souhaitez préciser ou porter à notre connaissance et qui n'auraient pas été abordées dans co questionnaire (par exemple sur des éléments importants de la maladie de votre enfant
été abordées dans ce questionnaire (par exemple sur des éléments importants de la maladie de votre enfant des facteurs de risque plus spécifiques à votre enfant) ?

• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	
nous a vous d	vous remercions d'avoir bien voulu répondre à toutes ces questions. Il est possible que yons besoin de préciser, dans un second temps, certains points de ce document. Seriez- 'accord d'être rappelé ? Oui
	s avez des remarques, vous pourrez en parler à la personne qui viendra s'entretenir avec vous emplir le questionnaire. Aussi, vous avez la possibilité de nous contacter (coordonnées ci- is).
	sultats de cette enquête vous seront transmis en priorité, avant d'être rendu publique de e anonyme et synthétique dans un rapport de Santé publique France.
Merci c	le votre collaboration.
Г	Contact :
	Santé publique France Pays de la Loire
	Au 02.49.10.43.62
	cire-pdl@santepubliquefrance.fr
_	