



QUESTIONNAIRE DE PREPARATION A LA CONSULTATION D'ONCOGENETIQUE

A Renvoyer : Clinical Genetics, National Center of Genetic – Laboratoire National de Santé
1, rue Louis Rech L-3555 Dudelange
T: +352 28100-441 (secretary) - E: ncg-clingen@lns.etat.lu

Réf Fam ID :

Envoyé le :
Retour le :

(Ne rien inscrire dans ce cadre. Réservé)

I VOUS

1 Renseignements

Nom à la naissance _____ Prénom _____ Matricule CNS _____
Date de naissance ____/____/____ Lieu de naissance : _____ Profession : _____
Adresse _____ Ville _____ Code postal _____
☎ domicile ____-____-____-____ ☎ portable ____-____-____-____ Email _____

► Qui vous a référé à la consultation d'oncogénétique ? _____

2 Vos antécédents médicaux

- Avez-vous (eu) un (des) cancer(s) ? NON OUI
- Avez-vous (eu) des polypes ? NON OUI
- Avez-vous (eu) des kystes ou autre tumeur bénigne? NON OUI

Si OUI, :

Date du diagnostic (mois/année)	Type de tumeur (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate, ...)	Médecin(s)	Lieu(x) de prise en charge	Traitements + Date (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, hormonothérapie, ...)

3 Avez-vous déjà effectué ces examens ?

a / Digestif

- ▶ Coloscopie : NON OUI
Fréquence _____
Dernière (date) : _____ Prochaine (date) _____
- ▶ Gastroskopie : NON OUI
Fréquence _____
Dernière (date) : _____ Prochaine (date) _____
- ▶ Echographie abdominale : NON OUI
Fréquence _____
Dernière (date) : _____ Prochaine (date) _____
- ▶ Lavement baryté : NON OUI
Fréquence _____
Dernier (date) : _____ Prochain (date) _____

b / Gynécologique

- ▶ Auto-examen des seins (soi-même) : NON OUI
Fréquence _____
- ▶ Examen clinique des seins (médecin) : NON OUI
Fréquence _____
Dernier (date) : _____ Prochain (date) _____
- ▶ Mammographie : NON OUI
Fréquence _____ depuis l'âge de _____ ans.
Dernière (date) : _____ Prochaine (date) _____
- ▶ Examen gynécologique : NON OUI
Fréquence _____
Dernier (date) : _____ Prochain (date) _____
- ▶ Echographie du « bas-ventre » : NON OUI
 Pelvienne : Fréquence _____
Dernière (date) : _____ Prochaine (date) _____
 Endovaginale : Fréquence _____
Dernière (date) : _____ Prochaine (date) _____

c / Autres

- ▶ Examen rectal : NON OUI
Fréquence _____
Dernier (date) : _____
Prochain (date) : _____
- ▶ Densitométrie osseuse : NON OUI
Fréquence _____
Dernier (date) : _____
Prochain (date) : _____
- ▶ Marqueurs tumoraux sanguin :
- PSA : NON OUI
- Autre : NON OUI
Fréquence _____
Dernier (date) : _____
Prochain (date) : _____

4 Votre famille est-elle connue d'une consultation d'oncogénétique ?

- ▶ Un membre de votre famille a-t-il déjà été reçu en consultation d'oncogénétique (ou vous-même) ? NON OUI

Si OUI, qui ? _____ Lieu de la consultation : _____

_____ Oncogénéticien rencontré : _____

- ▶ Avez-vous connaissance des résultats ? NON OUI

Si OUI, précisez la nature du résultat : _____

Dans ce cas, il nous est nécessaire d'avoir d'une copie du résultat d'analyse génétique, merci de la transmettre avec ce questionnaire en vous rapprochant de votre apparenté au besoin.

Pourriez-vous, dans la mesure du possible, joindre avec le questionnaire les comptes-rendus des différents examens effectués pour vous et vos apparentés.

II VOTRE FAMILLE

Si le nombre de lignes n'est pas suffisant après avoir renseigné un tableau, veuillez-vous rendre en page 8 pour ajouter les personnes manquantes.

I Vos enfants

nombre d'enfants : ____

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Année de naissance	Sexe	Si décédé, année (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> <i>(sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...)</i> type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge	<u>A-t-il (elle) eu des enfants ?</u> <i>Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès.</i> Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes? type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
1								- - -
2								- - -
3								- - -
4								- - -
5								- - -
6								- - -

2 Vos frères et sœurs nombre de frères et sœurs : ____ (précisez si demi-frère ou demi-sœur, et du côté de quel parent)

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...) type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge	<u>A-t-il (elle) eu des enfants ?</u> Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès. <u>Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
1								- - -
2								- - -
3								- - -
4								- - -
5								- - -

3 Vos parents

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes ?</u> (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...) Type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
Père						
Mère						

4 Les frères et sœurs de vos parents

a / Frères et sœurs de votre père nombre : ____ (précisez si demi-frère ou demi-sœur, et du côté de quel parent)

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes? (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate, ...) type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge	A-t-il (elle) eu des enfants ? Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès. <u>Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
1								- - -
2								- - -
3								- - -
4								- - -
5								- - -

b / Frères et sœurs de votre mère

nombre : ____

(précisez si demi-frère ou demi-sœur, et du côté de quel parent)

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...) type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge	<u>A-t-il (elle) eu des enfants ?</u> Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès. <u>Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
1								- - -
2								- - -
3								- - -
4								- - -
5								- - -

5 Vos grand-parents

a / Du côté de votre père

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date et Lieu de naissance	Si décédé, date (à défaut, âge)	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes ?</u> (sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate,...) Type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge
Grand-père paternel						
Grand-mère paternelle						

b / Du côté de votre mère

	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date et Lieu de naissance	Si décédé, date (à défaut, âge)	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer ?</u> <i>(sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate, ...)</i> <i>Type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge</i>
Grand-père maternel						
Grand-mère maternelle						

6 Famille plus éloignée

Avez-vous connaissance d'autres personnes de la famille ayant présenté un cancer, des kystes ou polypes ? NON OUI

Si OUI, indiquez pour chacun le lien de parenté, le type de cancer et l'âge au diagnostic :

7 Informations complémentaires si nécessaire :

III TABLEAU SUPPLEMENTAIRE : Vous pouvez ajouter ici les membres de votre famille que vous n'avez pas pu entrer dans les tableaux précédents par manque de place.

A chaque ligne vous devrez préciser le membre de la famille par « enfants », « frères et sœurs », « frères et sœurs de votre mère », ou « frères et sœurs de votre père ».

Membre De la famille	Nom de naissance	Nom marital (si mariée)	Prénom	Date de naissance	Sexe	Si décédé, date (à défaut, âge) et cause de décès	<u>A-t-il (elle) présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> <i>(sein, colon, rectum, pancréas, thyroïde, prostate, ...)</i> <i>type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge</i>	<u>A-t-il (elle) eu des enfants ?</u> <i>Nom + prénom + date de naissance + date de décès éventuel (à défaut, âge) et cause du décès.</i> <u>Un de ses enfants a-t-il présenté un cancer, des kystes ou polypes?</u> <i>type de cancer + âge(s) au diagnostic + lieu de prise en charge</i>
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -
								- - -

MERCI DE VOTRE COOPÉRATION