****

**DEPARTEMENT D’ONCOGENETIQUE – Pr. Yves-Jean BIGNON**

58, rue Montalembert - 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex1 FRANCE

Tél : 33 (0)4.73.27.80.50 – Fax : 33 (0)4.73.27.80.42

E-mail : secretariat.oncogenetique@clermont.unicancer.fr

QUESTIONNAIRE ONCOGENETIQUE

 Date du questionnaire d’oncogénétique : ……../……./……

**VOUS :**

Nom d’usage : ……………………………….. Nom de naissance : ………………………………… Prénom : ……………………………

Date de naissance : ……./……../……….. Sexe (H/F) : ……………………..

Téléphone : ……………………………….. Adresse : …………………………………

Nom de votre Médecin Traitant : ………………………………………………………………………………………………………………………..

Nom des autres Médecins qui vous prennent en charge : ……………………………………………………………………………………………

Souhaitez-vous que ces médecins soient informés des conclusions des conclusions de cette démarche ? [ ]  OUI [ ]  NON

**VOTRE FAMILLE EN ONCOGENETIQUE :**

Un membre de votre famille a-t-il déjà été reçu en consultation de génétique (ou vous-même) ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, qui ? ………………………………………………………… Lieu de la consultation (précisez l’établissement, si possible)……………………………………………………..

Avez-vous connaissance des résultats ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si vous êtes en possession d’une copie du résultat, ou d’un courrier de l’oncogénéticien, merci de l’envoyer avec ce questionnaire.

**VOS ANTECEDENTS MEDICAUX :**

Avez-vous eu un (des) cancer(s) ? [ ]  OUI [ ]  NON Etes-vous actuellement en traitement pour un cancer ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, merci de préciser :

- La date de diagnostic : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................

- La (les) localisation(s) de(s) la tumeur(s) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Lieu de l’opération (ou de la biopsie) : ………………………………………………………… Nom de l’oncologue : …………………………………………………………………...

Si vous possédez le compte-rendu anatomo-pathologique de votre (vos) tumeur(s), merci de l’envoyer avec ce questionnaire.

Avez-vous eu un (des) polypes(s) ? [ ]  OUI [ ]  NON Nom du gastro-entérologue : ……………………………………………….

Si oui, merci de nous envoyer avec ce questionnaire tous vos compte-rendus de coloscopie.

Avez-vous actuellement un suivi ?

* Mammaire par mammographie et/ou IRM : [ ]  OUI [ ]  NON Tous les ………… mois/ans Date du dernier examen : ……./………/……….
* Par coloscopie : [ ]  OUI [ ]  NON Tous les ………… mois/ans Date du dernier examen : ……./………/……….
* Autre : ………………………………………… [ ]  OUI [ ]  NON Tous les ………… mois/ans Date du dernier examen : ……./………/……….

**VOTRE FAMILLE :**

1. **Vos parents**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* |
| Père |  |  |  |  |  |  |
| Mère |  |  |  |  |  |  |

1. **Vos enfants** Nombre d’enfants : …………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | SexeH/F | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* | A-t-il (elle) eu des enfants ?*(Nom, prénom, date de naissance, sexe, date de décès éventuel et cause)*Un de ses enfants a-t-il développé un cancer ou des lésions précancéreuses ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

1. **Vos enfants (suite)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | SexeH/F | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* | A-t-il (elle) eu des enfants ?*(Nom, prénom, date de naissance, sexe, date de décès éventuel et cause)*Un de ses enfants a-t-il développé un cancer ou des lésions précancéreuses ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)*  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

1. **Vos frères et sœurs** Nombre de frères et sœurs : ……………….

A

Pour un demi-frère ou une demi-sœur du côté de votre mère, inscrivez un à côté de son prénom.

B

Pour un demi-frère ou une demi-sœur du côté de votre père, inscrivez un à côté de son prénom.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | SexeH/F | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* | A-t-il (elle) eu des enfants ?*(Nom, prénom, date de naissance, sexe, date de décès éventuel et cause)*Un de ses enfants a-t-il développé un cancer ou des lésions précancéreuses ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)*  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

1. **Vos grands-parents maternels**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ? *(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* |
| Grand-père**maternel** |  |  |  |  |  |  |
| Grand-mère**maternelle** |  |  |  |  |  |  |

1. **Frères et sœurs de votre mère** Nombre de frères et sœurs : ……………….

A

Pour un demi-frère ou une demi-sœur du côté de la mère, inscrivez un à côté du prénom.

B

Pour un demi-frère ou une demi-sœur du côté du père, inscrivez un à côté du prénom.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | SexeH/F | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* | A-t-il (elle) eu des enfants ?*(Nom, prénom, date de naissance, sexe, date de décès éventuel et cause)*Un de ses enfants a-t-il développé un cancer ou des lésions précancéreuses ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)*  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

1. **Vos grands-parents paternels**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ? *(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* |
| Grand-père**paternel** |  |  |  |  |  |  |
| Grand-mère**paternelle** |  |  |  |  |  |  |

1. **Frères et sœurs de votre père** Nombre de frères et sœurs : ……………….

A

Pour un demi-frère ou une demi-sœur du côté de la mère, inscrivez un à côté du prénom.

B

Pour un demi-frère ou une demi-sœur du côté du père, inscrivez un à côté du prénom.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | SexeH/F | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* | A-t-il (elle) eu des enfants ?*(Nom, prénom, date de naissance, sexe, date de décès éventuel et cause)*Un de ses enfants a-t-il développé un cancer ou des lésions précancéreuses ? *(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

Avez-vous connaissance d’autres personnes de la famille, non listées précédemment, ayant présenté un cancer ou des lésions précancéreuses ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, merci de remplir le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom d’usage | Nom de naissance | Prénom | Date de naissance | SexeH/F | Si décédé(e), date (ou âge) et cause de décès | A-t-il (elle) développé un cancer ou des lésions précancéreuses (exemple : polype) ?*(précisez l’âge de survenue, la localisation du cancer et lieu de prise en charge)* | Merci de préciser le lien de parenté *(grand-oncle, grande-tante, petite cousine…)* ? Branche maternelle / paternelle ?Tentez d’être le plus précis possible. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Existe-t-il des antécédents de fausse(s) couche(s) chez vous ou chez un membre de votre famille ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, merci de préciser la personne concernée, le nombre et les dates (si possible) ……..................................................................................................................................

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

Existe-t-il des unions consanguines (même lointaines) dans votre famille ? [ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, merci de préciser les personnes concernées et le degré de parenté ? ……………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..