



# Questionnaire individuel

*(Les données recueillies resteront au sein du Service de Génétique et ne seront pas communiquées à un tiers sans votre accord)*

NUMERO DOSSIER (Si suivi à l'Institut Curie) : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELEPHONE : \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

## 1) Vous avez été informé(e) de l'existence de cette consultation de génétique par :

• Votre médecin, le Dr \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous qu'il reçoive un double de notre réponse ?  OUI  NON

Si oui, merci de noter ses coordonnées :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Autre (membre de votre famille, amis ...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2) Êtes-vous actuellement ou avez-vous déjà été pris(e) en charge pour un cancer ?

OUI

NON

Si oui, merci de nous indiquer : \_\_\_\_\_

• La localisation tumorale : \_\_\_\_\_

• L'année de prise en charge : \_\_\_\_\_

• Le lieu de prise en charge : \_\_\_\_\_

*Si vous n'êtes pas suivi(e) à l'Institut Curie, et si vous les avez à votre disposition, merci de nous adresser **les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques** correspondants.*

**3) Est-ce que, vous-même, ou l'un des membres de votre famille a déjà pu bénéficier d'une consultation de génétique en vue d'un diagnostic de prédisposition aux tumeurs ?**

OUI

NON

Si oui, merci de nous indiquer :

- Le nom et nom de jeune fille de votre apparenté(e) : \_\_\_\_\_
- Sa date de naissance : \_\_\_\_\_
- Le lien de parenté : \_\_\_\_\_
- Le nom du centre dans lequel a été conduite cette consultation de génétique et/ou le nom du généticien qu'il a rencontré : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Si oui, et si une analyse génétique a été réalisée, merci de joindre, si possible, **une copie du résultat.***

**4) Si une consultation de génétique vous était proposée, préféreriez-vous être rencontré(e) sur ?**

- Le site de Paris (26, rue d'Ulm, 75005 PARIS)
- Le site de Saint Cloud (35, rue Dailly, 92210 SAINT-CLOUD)
- Indifférent

**5) Quelles sont vos attentes concernant cette consultation de génétique ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Questionnaire familial

Merci de bien vouloir indiquer, ci-après, **TOUS** vos apparentés, qu'ils aient ou non été pris en charge pour une pathologie tumorale. La description des **DEUX BRANCHES PARENTALES** est importante pour l'analyse de votre histoire familiale, même si l'une de vos branches ne semble pas concernée par des pathologies tumorales.

Si vous aviez en votre possession des **éléments des dossiers médicaux de vos apparentés** pris en charge pour une pathologie tumorale, en particulier des comptes rendus opératoires et anatomopathologiques, merci de nous en transmettre une copie.

Nous sommes conscients qu'il s'agit parfois d'informations difficiles à obtenir, voire douloureuses à évoquer. Ainsi, si vous rencontrez des difficultés dans le recueil de ces informations, **n'hésitez pas à nous ré-adresser ce questionnaire même incomplet.**

## VOTRE PÈRE

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (ou âge) : \_\_\_\_\_

*Si décédé, date de décès (ou âge) :* \_\_\_\_\_

A-t-il été pris en charge pour un cancer ?

Oui / Non

Si oui, merci d'indiquer : \_\_\_\_\_

La localisation tumorale : \_\_\_\_\_

L'année de prise en charge : \_\_\_\_\_

Le lieu de prise en charge : \_\_\_\_\_

## VOTRE MÈRE

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (ou âge) : \_\_\_\_\_

*Si décédé, date de décès (ou âge) :* \_\_\_\_\_

A-t-il été pris en charge pour un cancer ?

Oui / Non

Si oui, merci d'indiquer : \_\_\_\_\_

La localisation tumorale : \_\_\_\_\_

L'année de prise en charge : \_\_\_\_\_

Le lieu de prise en charge : \_\_\_\_\_

## VOTRE GRAND-PÈRE PATERNEL

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (ou âge) : \_\_\_\_\_

*Si décédé, date de décès (ou âge) :* \_\_\_\_\_

A-t-il été pris en charge pour un cancer ?

Oui / Non

Si oui, merci d'indiquer : \_\_\_\_\_

La localisation tumorale : \_\_\_\_\_

L'année de prise en charge : \_\_\_\_\_

Le lieu de prise en charge : \_\_\_\_\_

## VOTRE GRAND-PÈRE MATERNEL

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (ou âge) : \_\_\_\_\_

*Si décédé, date de décès (ou âge) :* \_\_\_\_\_

A-t-il été pris en charge pour un cancer ?

Oui / Non

Si oui, merci d'indiquer : \_\_\_\_\_

La localisation tumorale : \_\_\_\_\_

L'année de prise en charge : \_\_\_\_\_

Le lieu de prise en charge : \_\_\_\_\_

## VOTRE GRAND-MÈRE PATERNELLE

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (ou âge) : \_\_\_\_\_

*Si décédé, date de décès (ou âge) :* \_\_\_\_\_

A-t-il été pris en charge pour un cancer ?

Oui / Non

Si oui, merci d'indiquer : \_\_\_\_\_

La localisation tumorale : \_\_\_\_\_

L'année de prise en charge : \_\_\_\_\_

Le lieu de prise en charge : \_\_\_\_\_

## VOTRE GRAND-MÈRE MATERNELLE

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (ou âge) : \_\_\_\_\_

*Si décédé, date de décès (ou âge) :* \_\_\_\_\_

A-t-il été pris en charge pour un cancer ?

Oui / Non

Si oui, merci d'indiquer : \_\_\_\_\_

La localisation tumorale : \_\_\_\_\_

L'année de prise en charge : \_\_\_\_\_

Le lieu de prise en charge : \_\_\_\_\_

## Vos ENFANTS, VOIRE PETITS ENFANTS

Si vous avez plus de quatre enfants, merci de rapporter sur papier libre le reste de la fratrie.

	Nom et Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance (ou âge)	Si décédé, date de décès (ou âge au décès)	Atteinte tumorale ? (Oui/Non)	Si oui, localisation tumorale ?	Année de prise en charge (ou âge au moment du diagnostic)	Lieu de prise en charge
<b>ENFANT 1</b>								
<b>PETITS-ENFANTS</b>								
<b>ENFANT 2</b>								
<b>PETITS-ENFANTS</b>								
<b>ENFANT 3</b>								
<b>PETITS-ENFANTS</b>								
<b>ENFANT 4</b>								
<b>PETITS-ENFANTS</b>								

Remarques éventuelles :

---

---

---

## VOTRE FRATRIE ET LEURS ENFANTS (NEVEUX ET NIÈCES)

Si votre fratrie est composée de **DEMI-FRÈRES** ou **DEMI-SOEURS** merci de le mentionner et de préciser quel est le **PARENT EN COMMUN**.  
Si vous avez plus de quatre frères et sœurs, merci de rapporter sur papier libre le reste de votre fratrie.

	Nom et Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance (ou âge)	Si décédé, date de décès (ou âge au décès)	Atteinte tumorale ? (Oui/Non)	Si oui, localisation tumorale ?	Année de prise en charge (ou âge au moment du diagnostic)	Lieu de prise en charge
<b>FRÈRE/SOEUR 1</b>								
NEVEUX NIÈCES								
<b>FRÈRE/SOEUR 2</b>								
NEVEUX NIÈCES								
<b>FRÈRE/SOEUR 3</b>								
NEVEUX NIÈCES								
<b>FRÈRE/SOEUR 4</b>								
NEVEUX NIÈCES								

Remarques éventuelles :

## Vos ONCLES ET TANTES PATERNELS ET LEURS ENFANTS (COUSINS ET COUSINES)

Si la fratrie est composée de **DEMI-FRÈRES** ou **DEMI-SŒURS** merci de le mentionner et de préciser quel est le **PARENT EN COMMUN**.  
Si vous avez plus de quatre oncles et tantes, merci de rapporter sur papier libre le reste de la fratrie.

Nom et Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance (ou âge)	Si décédé, date de décès (ou âge au décès)	Atteinte tumorale ? (Oui/Non)	Si oui, localisation tumorale ?	Année de prise en charge (ou âge au moment du diagnostic)	Lieu de prise en charge
<b>ONCLE/TANTE 1</b>							
COUSINS COUSINES							
<b>ONCLE/TANTE 2</b>							
COUSINS COUSINES							
<b>ONCLE/TANTE 3</b>							
COUSINS COUSINES							
<b>ONCLE/TANTE 4</b>							
COUSINS COUSINES							

Remarques éventuelles :

---



---



---

## Vos ONCLES ET TANTES MATERNELS ET LEURS ENFANTS (COUSINS ET COUSINES)

Si la fratrie est composée de **DEMI-FRÈRES** ou **DEMI-SŒURS** merci de le mentionner et de préciser quel est le **PARENT EN COMMUN**.  
Si vous avez plus de quatre oncles et tantes, merci de rapporter sur papier libre le reste de la fratrie.

Nom et Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance (ou âge)	Si décédé, date de décès (ou âge au décès)	Atteinte tumorale ? (Oui/Non)	Si oui, localisation tumorale ?	Année de prise en charge (ou âge au moment du diagnostic)	Lieu de prise en charge
<b>ONCLE/TANTE 1</b>							
COUSINS COUSINES							
<b>ONCLE/TANTE 2</b>							
COUSINS COUSINES							
<b>ONCLE/TANTE 3</b>							
COUSINS COUSINES							
<b>ONCLE/TANTE 4</b>							
COUSINS COUSINES							

Remarques éventuelles :

