**AUTO-QUESTIONNAIRE**

**(La patiente et son conjoint doivent remplir chacun un exemplaire de l’auto-questionnaire puis l’envoyer par mail à** **materexpo.reprotoxif@chicreteil.fr** **)**

|  |
| --- |
| CENTRE AMP DE PRISE EN CHARGE : [ ]  CHI CRETEIL [ ]  DIACONESSES CROIX SAINT-SIMON [ ]  CLINIQUE DES BLUETS  |
| NOM D’USAGE : |  | PRENOM : |  |
| NOM DE NAISSANCE : |  | DATE DE NAISSANCE : |  |
| VILLE DE NAISSANCE : |  | DEPARTEMENT DE NAISSANCE : |  |
| ADRESSE : |  |
| DATE D’ENTREE DANS LE DOMICILE : |  | / |  |
|  |  | MM |  | AAAA |
| NUMERO DE TELEPHONE : |  | ADRESSE MAIL : |  |
| NOM DU CONJOINT |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATE DE RÉPONSE À L’AUTO-QUESTIONNAIRE : |  | / |  | / |  |
|  | JJ |  | MM |  | AAAA |

|  |
| --- |
| **VOTRE SCOLARITE** |
| Quel niveau d’études avez-vous atteint ?☐Sans diplôme, brevet des collèges☐CAP, BEP☐Baccalauréat technologique ou professionnel☐Baccalauréat général | ☐ BAC +2 ou 3☐ 2ème ou 3ème cycle ou grandes écoles☐ Autre |

|  |
| --- |
| **VOTRE EMPLOI ACTUEL** |
| Actuellement : Quel métier exercez-vous (ou recherchez-vous si vous êtes actuellement sans emploi) ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Quel est votre statut : | [ ]  Salarié | [ ]  Chômeur [ ]  Etudiants [ ]  Autres inactifs |
| **Si vous travaillez**, Vous êtes : | [ ]  à Temps plein | [ ]  A Temps partiel ; précisez : |  |
|  |  |  |
| Avez-vous toujours le même emploi depuis vos problèmes de fertilité ? | [ ] Oui | [ ]  Non |
| Si non, quel autre poste avez-vous occupé ? |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’entreprise actuelle : |  |
| Adresse : |  |
| Activité principale de l’entreprise : |  |
|  |
| Début de cet emploi : |  | / |  |
|  | *MM* |  | *AAAA* |
|  |  |  |  |
| *Si vous êtes actuellement en arrêt de travail :* |
| Date de l’arrêt de travail : |  | / |  | / |  |
|  | *JJ* |  | *MM* |  | *AAAA* |

|  |
| --- |
| Vous arrive-t-il de travailler de nuit ou le weekend ? Si oui, à quel rythme ? :  |
| [ ]  Oui | [ ]  Non  | Rythme : |  | nuits/mois |  | weekends/mois |
| Dans le cadre de ce métier, manipulez-vous **vous-même** des produits chimiques (produits ménagers, cosmétiques, réactifs de laboratoire, solvants organiques, produits de dégraissage, médicaments, …) ? |
| [ ]  Oui | [ ]  Non  Lesquels : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
| D’autres personnes dans l’entreprise manipulent-elles des produits chimiques (produits ménagers, cosmétiques, réactifs de laboratoire, solvants organiques, produits de dégraissage, médicaments, …) autour de vous ? |
| [ ]  Oui | [ ]  Non  |
| Etes-vous exposé(e) à des rayonnements ionisants ? |
| [ ]  Oui | [ ]  Non  |
| Etes-vous amené(e) à travailler à proximité immédiate de sources de chaleur ? |
| [ ]  Oui | [ ]  Non  |
| Etes-vous amené(e) à porter des charges lourdes (supérieures à 15 kg) ? |
| [ ]  Oui | [ ]  Non  |
| Durant votre temps de travail, êtes-vous debout plus des trois quarts de la journée ? |
| [ ]  Oui | [ ]  Non  |
| Durant votre temps de travail, êtes-vous assis(e) plus des trois quarts de la journée ? |
| [ ]  Oui | [ ]  Non  |
| Etes-vous suivi(e) par un service de santé au travail ? | [ ]  Oui | [ ]  Non  |

**Lorsque vous utilisez des produits chimiques (produits ménagers, cosmétiques, réactifs de laboratoire, solvants organiques, produits de dégraissage, médicaments, …) :**

|  |
| --- |
| Lisez-vous les étiquettes des produits ? |
| ☐ Oui, toujours | ☐Oui, parfois | ☐ Non, jamais  |  |
| Savez-vous reconnaître les différents pictogrammes présents sur leur étiquetage ? |
| ☐ Oui  | ☐Non |  |  |
| Suivez-vous les recommandations d’utilisation indiquées sur l’étiquette ?  |
| ☐ Oui, toujours | ☐Oui, parfois | ☐ Non, jamais  |  |
| Portez-vous des protections (gants, …) lors l’application de ces produits ?  |
| ☐ Oui, toujours | ☐Oui, parfois | ☐ Non, jamais  |  |
|  Aérez-vous lorsque vous utilisez ces produits ?  |
| ☐ Oui, toujours | ☐Oui, parfois | ☐ Non, jamais  |  |

|  |
| --- |
| **VOS LOISIRS** |
| Avez-vous voyagé hors France métropolitaine au cours de l’année écoulée ?  | [ ]  Oui | [ ]  Non  |
| Avez-vous prévu de voyager prochainement à l’étranger ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Si oui, à quelle(s) période(s) ? Dans quel pays ? |  |

|  |
| --- |
| Pratiquez-vous une activité de loisirs (sport, loisirs créatif, entretien de véhicules, …) ? Laquelle ? |
|  |

|  |
| --- |
| **VOTRE DOMICILE** |
| **VOTRE LOGEMENT** |
| Votre domicile est-il situé à proximité ?[ ] D’une exploitation agricole [ ] d’une industrie en activité [ ]  d’une voie ferrée ou routière à fort trafic [ ]  autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Votre logement a-t-il été construit avant 1949 ?  |
| [ ]  Oui | [ ]  Non | [ ]  Ne sait pas |
| Si oui, un constat de diagnostic au plomb a-t-il fait état de la présence de plomb dans le domicile ? |
| [ ]  Pas de diagnostic  | [ ]  Oui, présence de plomb  | ☐ Non, absence de plomb | [ ] Ne sait pas |
| Y-a-t-il des canalisations en plomb dans le réseau d’eau intérieur du domicile ? |
| ☐ Oui  | ☐ Non | [ ] Ne sait pas |
| Possédez-vous un puits privé ou un récupérateur d’eau de pluie ? |
| ☐ Oui | ☐ Non |  |
| Votre logement possède-t-il un système de ventilation mécanique contrôlé (VMC) ? |
| ☐ Oui  | ☐Non  | ☐Ne sait pas |
| Si oui, au cours de l’année passée avez-vous réalisé vous-même l’entretien courant de votre VMC ? |
| ☐ Oui  | ☐Non  | ☐Ne sait pas |
| A quelle fréquence ouvrez-vous vos fenêtres pour aérer le logement ? |
| **A la belle saison** : | **En période hivernale :** |
| ☐ Tous les jours, plus de 10 minutes ☐ Tous les jours, moins de 10 minutes ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Moins d’une fois par semaine ☐ Jamais  | ☐ Tous les jours, plus de 10 minutes☐ Tous les jours, moins de 10 minutes☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Moins d’une fois par semaine ☐ Jamais  |

|  |  |
| --- | --- |
| Quel mode de chauffage principal utilisez-vous ? |  |
| Avez-vous réalisé l’entretien de votre installation l’année passée ?  | **☐** Oui ☐Non |
| Utilisez-vous un chauffage d’appoint ?  | **☐** Oui ☐Non  |
|  | Si oui, de quel type ? |  |
| Possédez-vous un détecteur de monoxyde de carbone ? | **☐** Oui ☐Non |
| Possédez-vous une hotte dans la cuisine ? | **☐** Oui ☐Non |
| Si oui avez-vous réalisé son entretien au cours de l’année passée ? | **☐** Oui ☐Non |



 **TRAVAUX RÉALISÉS AU DOMICILE**

|  |
| --- |
| *Avez-vous réalisé* ***vous-même*** *des travaux dans votre logement au cours de l’année écoulée ?* |
| [ ] *Oui* | [ ]  *Non*  | [ ] *Ne sait pas* |
| *Si oui, lesquels ?* |  |
|  |  |
| *Quels produits utilisés ?* |  |
| *Avez-vous prévu de réaliser* ***vous-même*** *des travaux au cours de l’année à venir ?* |
| *☐ Oui*  | [ ]  *Non*  | [ ] *Ne sait pas* |
| *Si oui, lesquels ?* |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **VOS HABITUDES DE VIE** |

**ALIMENTATION - CUISINE**

Habituellement, à quelle fréquence en moyenne consommez-vous les aliments suivants ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tous les jours | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par mois | Moins d’une fois par mois | Jamais |
| Poissons |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Compléments alimentaires |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Aliments cuits au barbecue (l’été) |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Produits à base de soja |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Produits transformés (cordons bleus, nuggets, burgers, pizzas…)  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Mangez-vous dans une cantine ou dans des restaurants rapides ? |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Viande de salaison |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Miel |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

|  |
| --- |
| Vous arrive-t-il de conserver ou réchauffer des denrées alimentaires dans des contenants en plastique ou en bambou ? ☐ Oui ☐ Non |

|  |
| --- |
| Prenez-vous des bains, douches, saunas ou jacuzzis très chauds (> 43°C) plus d’une fois par semaine ? |
| ☐ Oui  | ☐ Non |
| Fumez-vous actuellement ? |
| ☐ Oui  | ☐ Non |

**LES PRODUITS QUE VOUS UTILISEZ**

Habituellement, à quelle fréquence utilisez-vous les produits listés ci-dessous ?

*Les données recueillies ont pour vocation à être analysées dans le cadre de votre prise en charge clinique pour vous donner les conseils de prévention adaptées à vos expositions. Toutefois dans le futur, si vous en êtes d’accord, ces données pourraient également être utilisées dans le cadre de recherche en santé environnement (ex : thèse de médecine…), est-ce que vous consentez à l’utilisation de vos données dans ce cadre-là ? OUI NON*

*Pour plus d’information sur l’accessibilité et la protection des données, rdv ici :* [*https://reprotoxif.fr/wp-content/uploads/2023/02/Notice\_information\_donnees\_CHIC.pdf*](https://reprotoxif.fr/wp-content/uploads/2023/02/Notice_information_donnees_CHIC.pdf)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Tous les jours | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par mois | Moins d’une fois par mois | Jamais |
| Teintures capillaires |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Produits cosmétiques artisanaux importés de l’étranger, produits cosmétiques traditionnels (khôl, henné, surma, kajal, tiro) |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Sprays, laques, parfums |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Lingettes, produits sans rinçage |[ ] [ ] [ ] [x] [ ]
| Crèmes, huiles, gels corporels |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Vernis, maquillage |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Cosmétiques écolabellisés  |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Répulsifs contre les insectes à usage cutané (l’été) |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Produits ménagers « classiques » sous forme de spray/ aérosol |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Produits ménagers écolabellisés ou « naturels » |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Cire à meubles ou à parquets |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Parfums d’ambiance, encens, bougies parfumées |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Huiles essentielles |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Produits antiparasitaires pour animaux domestiques |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Traitement des plantes (insecticides, fongicides, herbicides) |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
| Produits de lutte contre les nuisibles (insectes, rongeurs…) |[ ] [ ] [ ] [ ] [ ]