**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**](mailto: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 |  |  |  |  |  |
| 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…) |  |  |  |  |  |