

Questionnaire prélèvement salivaire

Partie à pré-remplir par le centre

Identifiant EDMUS : - Identifiant Plateforme : -

Année de naissance du patient : Sexe du patient : Masculin Féminin

Centre :

Date du prélèvement de salive :

Merci au centre d'adresser ce questionnaire au CCN, soit par fax au **04 72 68 13 18** soit par email à questionnaire@ofsep.org

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre participation à l'Observatoire français de la sclérose en plaques (OFSEP), et de la réalisation d'un prélèvement biologique de salive, nous vous invitons à prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire ci-dessous afin de nous permettre de disposer des données nécessaires à l'exploitation scientifique de votre prélèvement salivaire.

L'équipe de coordination de l'OFSEP

(1) Quels sont votre poids et votre taille ?

Poids : Kg Taille : cm

(2) Comment vous qualifiez-vous par rapport à la consommation de tabac (cigarette, cigarillo, cigare ou pipe ; hors cigarette électronique) ?

Fumeur

- Nombre de cigarettes (ou cigarillo, cigare ou pipe) par jour :
- A combien de temps avant le prélèvement de salive remonte la dernière cigarette (ou cigarillo, cigare ou pipe) ? jours heures

Ancien fumeur

N'a jamais fumé

(3) Comment vous qualifiez-vous par rapport à la consommation d'alcool ?

Consommateur

Fréquence :

- 1 à plusieurs fois par semaine (indiquer combien de jours par semaine) :
- 2 à 3 fois par mois
- 1 fois par mois ou moins

Ancien consommateur

N'a jamais consommé

(4) Comment vous qualifiez-vous par rapport à la consommation de drogues (cannabis, ecstasy, cocaïne, etc.) ?

Consommateur (préciser le type de drogue) : _____

Fréquence :

1 à plusieurs fois par semaine (indiquer combien de jours par semaine) :

2 à 3 fois par mois

1 fois par mois ou moins

Ancien consommateur (préciser le type de drogue) : _____

N'a jamais consommé

(5) Prenez-vous actuellement des traitements symptomatiques de la SEP ?

Non

Oui, lesquels :

Laroxyl, Elavil

Amifampridine, Firdapse

Namenda

Seropram

Solumedrol

Sirdalud

Anafranil

Mantadix

Lioresal

Prozac

Laroxyl, Elavil

Botox, Dysport

Floxyfral

Tegretol

Rivotril, Klonopin

Tofranil

Rivotril, Klonopin

Dantrium

Athymil

Antalvic, Di-Antalvic, Propofan

Valium

Deroxat, Paxil

Voltarene

Topalgic

Zoloft

Durogesic

Tanganil

Xanax

Neurontin

Serc

Lexomil

Nureflex, Nurofen

Sibelium

Urbanyl

Indocid

Fampyra

Tranxene

Profenid

Marinol

Valium

Skenan

Viagra

Atarax

Dafalgan, Doliprane, Efferalgan

Rohypnol

VESicare

Feldene

Stilnox

Xatral

Tilcotil

Imovane

Josir

Aspegic, Aspirine UPSA, Kardegic

Omeprazole

Ditropan, Driptane

Cannabis médicinal, Sativex

Autre (préciser) : _____

(6) Prenez-vous actuellement des traitements pour une autre maladie que la SEP (ex: antibiotiques, antidépresseurs, aspirine, etc.) ?

Non

Oui, précisez :

(7) Utilisez-vous actuellement un moyen de contraception ?

Contraception orale

Patch

Stérilet

Aucun ou un autre moyen

(8) Avez-vous souffert d'une infection au cours des 6 derniers mois ?

- Non
- Oui, lesquels :
- | | | | |
|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rhume | <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Grippe |
| <input type="checkbox"/> Sinusite | <input type="checkbox"/> Laryngite | <input type="checkbox"/> Gastro-entérite | <input type="checkbox"/> Herpès |
| <input type="checkbox"/> Mycose | <input type="checkbox"/> Covid-19 | <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Bronchite |
| <input type="checkbox"/> Infection urinaire | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ | | |

(9) Souffrez-vous de problèmes intestinaux ?

- Rarement
- Occasionnellement de diarrhées
- Souvent de diarrhées
- Occasionnellement de constipation
- Souvent de constipation
- Occasionnellement de maux d'estomac
- Souvent de maux d'estomac

(10) Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?

- Non
- Oui, lesquels :
- | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Végétarien | <input type="checkbox"/> Sans gluten | <input type="checkbox"/> Vegan | <input type="checkbox"/> Sans sel |
| <input type="checkbox"/> Flexivore | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ | | |

(11) Avez-vous des allergies connues y compris alimentaire ?

- Non
- Oui, lesquels :
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acariens | <input type="checkbox"/> Œufs | <input type="checkbox"/> Pollens |
| <input type="checkbox"/> Lait | <input type="checkbox"/> Animaux domestiques | <input type="checkbox"/> Poisson |
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Soja, lentilles, pois | <input type="checkbox"/> Moisissures |
| <input type="checkbox"/> Crustacés | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Céleri |
| <input type="checkbox"/> Cosmétiques | <input type="checkbox"/> Moutarde | <input type="checkbox"/> Lactose |
| <input type="checkbox"/> Lupin | <input type="checkbox"/> Arachides | <input type="checkbox"/> Fruits à coques |
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Mollusques | |
| <input type="checkbox"/> Hyménoptères (abeilles, guêpes, frelons, fourmis) | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ | | |

(12) Prenez-vous des prébiotiques ou probiotiques ?

- Non
- Oui, lesquels :
- Yaourt ou aliment complémenté en probiotique (marque si vous la connaissez) : _____
- Probiotiques vendus en pharmacie (marque si vous la connaissez) : _____
- Prébiotiques vendus en pharmacie (marque si vous la connaissez) : _____
- Compléments alimentaires complémentés en prébiotique (marque si vous la connaissez) : _____

(13) Combien de repas/prises alimentaires prenez-vous par jour ?

(14) Quand était votre dernier repas avant le recueil de salive ? heures minutes

(15) Avez-vous eu des problèmes bucco-dentaires récemment ou régulièrement ?

Non

Oui, lesquels :

Abscès

Parodontite

Aftes

Caries

Mauvaise haleine

Tartre

Gingivite

Déchaussement des dents

Autre (préciser) :

(16) Avez-vous un problème de reflux œsophagé ?

Non

Oui

(17) Avez-vous été opérés pour les amygdales (ablation) ?

Non

Oui

(18) Pratiquez-vous une activité physique ?

(A) Combien de fois par semaine faites-vous 20 minutes d'activité physique intense au point de transpirer ou de haletter (être essoufflé) ? (Par exemple : jogging, port de charge lourde, aérobic ou cyclisme à allure rapide)

Plus de 3 fois par semaine

1 à 2 fois par semaine

Jamais

(B) Combien de fois par semaine faites-vous 30 minutes d'activité physique modérée, ou de la marche, qui augmente votre fréquence cardiaque ou qui vous font respirer plus fort que normalement ? (Par exemple : tondre la pelouse, porter des charges légères, faire du vélo à allure modérée ou jouer au tennis en double).

Plus de 5 fois par semaine

3 à 4 fois par semaine

1 à 2 fois par semaine

Jamais

Une fois complété, merci de retourner ce questionnaire selon les consignes reçues.