

Anamnèse LOCO

1. Bloc thématique: Généralités et covariables

Maladies

1. Souffrez-vous actuellement d'une maladie aiguë ou chronique?
- Oui
- Non

Si oui:

Quel genre de maladie est-ce?

(→ Reporter le rendez-vous en cas de rhumes aigus!)

2. Etes-vous porteur d'un diagnostic pour des maladies du système immunitaire (p. ex., le VIH/SIDA)?
- Oui
- Non

(→ Exclusion si oui!)

3. Existe-t-il une maladie fréquente et récurrente connue dans votre famille?

Médicaments

4. Etes-vous actuellement sous médication?
- Oui
- Non

Si oui: Médicament Dose/Fréquence Raison
laquelle?

5. Si vous êtes une femme, prenez-vous un contraceptif hormonal?
- Oui
- Non

6. Si vous êtes une femme, vos dernières règles remontent à combien de jours?

Nombre de jours:

Tabagisme

7. Avez-vous déjà fumé régulièrement?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (→ Si non, passez à la question 8)
8. Fumez-vous actuellement?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non (→ Si non, continuez les questions au passé)
<i>Si non:</i>	
a. Combien de cigarettes fumez-vous par jour? Quantité:	
b. Depuis combien de temps fumez-vous cette quantité ? Années:	

Sommeil et stress

9. Combien d'heures avez-vous dormi la nuit dernière?	Heures:
10. Tu vous êtes-vous réveillé durant la nuit?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
11. A quelle heure vous êtes-vous réveillé ce matin?	Heure:
12. Avez-vous vécu une situation très stressante ce matin?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Alimentation

13. Quand avez-vous mangé quelque chose pour la dernière fois?	Heure: (→ Si plus de 8 heures: alors à jeun)
<i>Si a mangé dans les 8 dernières heures:</i>	
a. Quand avez-vous mangé? Heure:	
b. Qu'est-ce que vous avez mangé?	

14. Avez-vous consommé de la caféine (café, coca, etc.) au cours des 8 dernières heures?

- Oui**
 Non

Si oui:

a. Quand avez-vous consommé de la caféine?
Heure:

b. Qu'avez-vous bu?

c. Combien?
Quantité:

Alcool

15. Avez-vous bu de l'alcool ces huit dernières heures?

- Oui**
 Non

Si oui:

a. Qu'avez-vous bu?

b. Combien?
Quantité:

Sport

16. Avez-vous fait de l'exercice ces 8 dernières heures? Ou avez-vous dû courir ou courir vite pour venir ici?

- Oui**
 Non

Si oui:

a. Quelle était la nature de l'activité?

b. Pour combien de temps?
Minutes:

c. Quand exactement?
Heure:

2. Bloc thématique: Données relatives aux prélèvements

Cheveux

1. Couleur des cheveux:

2. Longueur des cheveux en cm:

3. Coloration des cheveux:

Oui

Non

Si oui:

Couleur naturelle des cheveux:

4. Quand vous êtes-vous lavé les cheveux pour la dernière fois?

Nombre de jours

5. Commentaires sur prélèvement capillaire

Taille/poids

6. Taille en mètre:

7. Poids en kilogrammes:

8. Indice de masse corporelle (IMC): (qui le calcule automatiquement)

Prélèvement sanguin

9. Heure exacte du prélèvement sanguin:

10. Commentaire sur prélèvement sanguin: