Questionnaire pour le médecin

Nom du patient:

Date de naissance:

Nationalité/ groupe ethnique:

Date du premier diagnostic:

Histologie (selon classification TNM, grade) Archive-No.

Antécédents médicaux, traitements cytostatiques,
radiothérapie : (préciser l'année, respectivement)

Rechutes:

Traitement: Rés. Transurétrale ☐ TTT cytostatique ☐ Cystectomie radicale ☐

Radiothérapie ☐ Laser ☐ Autres traitements ☐

Questionnaire pour le médecin

Créatinine > 1.8 mg/d: oui: ☐ non: ☐

Bilirubine > 1.5 mg/d: oui: ☐ non: ☐

TTT cytostatiques en cours: oui: ☐ non: ☐

Abus d'alcool: oui: ☐ non: ☐

Médicaments: oui: ☐ non: ☐

Nom des médicaments:

.....

.....

.....

Appendicectomie: oui: ☐ non: ☐ .....(Année)

Amygdalectomie: oui: ☐ non: ☐ .....(Année)

Diabète: oui: ☐ non: ☐ .....(Année)

Tuberculose: oui: ☐ non: ☐ .....(Année)

Taille: ..... m

Poids: ..... kg

Divers:

Questionnaire

1. Historique de la vie professionnelle:

Indiquez svp tous les métiers ou travaux que vous avez effectué depuis plus de 6 mois. Décrivez votre travail aussi précisément que possible, par ex : non pas “ouvrier“ mais “ouvrier dans l’industrie chimique et des colorants“, “peintre en bâtiment “, “ouvrier dans la construction des routes bitumées“, “ouvrier du textile imprimé ou coloré “ etc. Indiquer quelques clés/indices pour les principales activités effectuées.

Depuis (année)	Jusqu’à (année)	Travaux (Métiers)

2. Avez-vous été exposé à des produits chimiques?

oui: ☐ non: ☐

Si oui, pouvez-vous indiquer lesquels? De quelle manière étaient-il utilisés?

(utilisés depuis ..... jusqu'à .....)

Etiez-vous exposé

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

3. Avez-vous été exposé à des colorants/teintures?

oui: ☐ non: ☐

Si oui, pouvez-vous indiquer lesquels? De quelle manière étaient-il utilisés?
(utilisés depuis ..... jusqu'à .....)

Etiez-vous exposé

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

4. Vous souvenez-vous d'une exposition à des <u>amines aromatiques</u>?
(par ex : benzidine, fuchsine, magenta, auramine etc.)

oui: ☐ non: ☐

(exposé depuis ..... jusqu'à .....)

5. Avez-vous été exposé à des <u>goudrons ou à leurs produits dérivés</u>?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>,

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

au **<u>brai</u>**

oui: ☐ non: ☐

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

au **<u>bitume</u>**

oui: ☐ non: ☐

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

aux **<u>produits de combustion</u>** (ex : fumées, suie etc.) autre que plantes carbonifères et des fours?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>,

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

6. Avez-vous été exposé à des <u>plantes carbonifères</u>?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>,

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

7. Avez-vous été exposé à des <u>fours</u>?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>,

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

8. Avez-vous travaillé comme <u>mineur</u>?

oui: ☐ non: ☐

Si oui

Lignite/charbon jaune ☐ sel ☐ charbon dur ☐ ..... ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

en conséquence dans la mine

en tant que .....

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

en tant que .....

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

9. Avez-vous travaillé comme peintre/vernisseur?

oui: ☐ non: ☐

Si oui,

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

10. Avez-vous été exposé à des solvants organiques sur votre lieu de travail?

oui: ☐ non: ☐

Si oui,

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Pouvez-vous indiquer dans quelle activité vous avez utilisé ces solvants?

---

11. Avez-vous été exposé au <u>trichloréthylène</u> (tri, trichloroéthène) sur votre lieu de travail?
(par ex : dégraissage/graissage des métaux, nettoyage à sec)

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>,

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Pouvez-vous indiquer dans quelle activité vous avez utilisé du trichloréthylène?

Avez-vous eu des symptômes liés à une intoxication pendant l'exposition au trichloréthylène ? (par ex : ivresse, engourdissement etc.)

jamais ☐
une fois par jour ☐
une fois par semaine ☐
une fois par mois ☐

ou: .....

12. Avez-vous été exposé au <u>perchloréthylène</u> (per, tetrachlor<u>éthylène</u>) sur votre lieu de travail?
(par ex : dégraissage/graissage des métaux, nettoyage à sec)

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>,

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Pouvez-vous indiquer dans quelle activité vous avez utilisé du perchloréthylène?

Avez-vous eu des symptômes liés à une intoxication pendant l'exposition au perchloréthylène ? (par ex : ivresse, engourdissement etc.)

jamais ☐
une fois par jour ☐
une fois par semaine ☐
une fois par mois ☐

ou: .....

13. Avez-vous été exposé aux <u>solvants organiques non-javellisés</u> (par ex : benzène, styrène, colles, diluants, solvants de base pour peintures)?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>,

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Pouvez-vous indiquer dans quelle activité vous avez utilisé des solvants organiques non-javellisés?

Avez-vous eu des symptômes liés à une intoxication pendant l'exposition aux solvants organiques non-javellisés? (par ex : ivresse, engourdissement etc.)

jamais ☐
une fois par jour ☐
une fois par semaine ☐
une fois par mois ☐

ou: .....

14. Avez-vous travaillé dans <u>l'industrie du caoutchouc</u>?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui:</u>

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

<u>Si oui:</u>

dans la zone de <u>production</u>

oui: ☐ non: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

<u>brassage de la matière première</u>

oui: ☐ non: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

dans la zone de <u>chauffage du caoutchouc</u>

oui: ☐ non: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

dans la zone <u>du traitement mécanique du caoutchouc</u>

oui: ☐ non: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

dans la zone <u>d'affinage du caoutchouc</u>

oui: ☐ non: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

dans la zone de stockage <u>des produits dérivés du caoutchouc</u>

oui: ☐ non: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Remarques complémentaires concernant votre activité dans l'industrie du caoutchouc

---

---

15. Avez-vous été professionnellement exposé à l'amiante?

oui: ☐ non: ☐

Si oui:

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

16. Avez-vous manié des explosifs ou avez-vous été exposé à des explosifs sur votre lieu de travail? (par ex : dynamite, fabrication de munitions, préparation des explosifs liée au dynamitage de rochers ou de vieux bâtiments, etc.)

oui: ☐ non: ☐

Si oui:

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Pouvez-vous citer les matériaux utilisés?

Avez-vous ressenti ou souffert de maux de tête durant ces expositions?

oui: ☐ non: ☐

Si oui: A quelle fréquence? _____

Avez-vous été exposé au dinitrotoluène (DNT) sur votre lieu de travail?

oui: ☐ non: ☐ ne sais pas: ☐

Si oui:

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Avez-vous été exposé au trinitrotoluène (TNT) sur votre lieu de travail?

oui: ☐ non: ☐ ne sais pas: ☐

Si oui:

Tout le temps: ☐ fréquemment: ☐ rarement: ☐

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

17. Avez-vous travaillé dans l'industrie du cuir?

oui: ☐ non: ☐

Si oui:

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Dans le nettoyage du cuir, zone de lavage?

oui: ☐ non: ☐

Quelle sorte de produits était utilisé. Pouvez-vous les nommer ?

_____

Dans la zone de <u>teinture du cuir</u>?

oui: ☐ non: ☐

Dans la zone <u>d'abrasion de polissage du cuir/poussières</u>?

oui: ☐ non: ☐

18. Avez-vous été exposé à des <u>produits chimiques agricoles</u> lors de votre travail?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui:</u>

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Indiquez le nom de ces produits chimiques agricoles .....

.....

.....

19. Avez-vous travaillé dans une <u>usine de produits pétroliers</u>?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui:</u>

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Quel type de produits pétroliers était fabriqué? Pouvez-vous les nommer?

.....

.....

20. Prenez-vous des <u>antalgiques</u> ? Avez-vous pris des antalgiques par le passé?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>, lesquels

A quelle fréquence

moins de 10 cp/année ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....
plus de 50 cp/année ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....
plus de 100 cp/année ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....
plus de 350 cp/année ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....
au-delà de 350 cp/année ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

21.<u>Consommation de tabac</u>

Etes-vous fumeur?

oui: ☐ non: ☐

Avez-vous déjà fumé?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>, sous quelle forme et combien?

cigarettes par jour ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....
cigares par jour ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....
pipes par jour ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....
tabac à chiquer ☐ depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....

Remarques complémentaires concernant votre consommation de tabac

---

---

22. Avez-vous eu des <u>infections urinaires</u> il y a plus de dix ans qui ont été traitées par des médicaments?

aucune ☐
au moins 1 par année ☐
plusieurs par année ☐

23. Etiez-vous <u>contraint à un examen médical préventif</u> exigé par l'Etat dans le cadre de la médecine du travail?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui,</u> pouvez-vous le décrire

---

24. Avez-vous connaissance de <u>maladies de la vessie dans votre famille</u>?

oui: ☐ non: ☐

<u>Si oui</u>, lesquelles?

Indiquez le degré de parenté (par ex :grand-parents, parents, frères, sœurs, enfants)

---

25. Décrivez vos <u>passe-temps, hobbies</u> (jardinage, artisanat, peinture, pêche etc.)

---

26. Indiquez votre lieu de naissance et tous les endroits où vous avez résidé pendant plus de dix ans

Lieu de naissance .....…… …... région .....……....

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....ville/village .....…... région .....

depuis (année) ..... jusqu'à (année) ..... ville/village .....……région .....

depuis (année) ..... jusqu'à (année) ..... ville/village ...…….. région .....…

depuis (année) ..... jusqu'à (année) .....ville/village ...…….. région.....……

Formulaire de consentement:

Je consens à l'analyse scientifique des mes données incluant mon dossier médical ainsi que mes échantillons sanguins par..…….et par l'Institut de Physiologie de la médecine du travail de l'Université de Dortmund, Allemagne.

Date: Signature:

--- ---