



CONFIDENTIEL

Questionnaire standard concernant les risques familiaux de cancer du sein et de maladies tumorales associées

Prénom/ Nom:

Né(e):

Adresse/ Téléphone:

Les réponses à ces questions servent à évaluer une éventuelle prédisposition génétique aux maladies tumorales, en particulier au cancer du sein et des ovaires, chez vous ou dans votre famille.

En cas de questions, veuillez-vous adresser à votre médecin.

- | | | | | | | |
|---|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|---------|
| 1. Avez-vous ou un membre de votre famille eu un cancer avant l'âge de 51 ans ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 2. Parmi vos apparentés du 1er ou 2e degré (enfants, parents, frères et sœurs, grands-parents, petits-enfants, oncles et tantes, neveux et nièces), certains ont-ils eu un cancer ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 3. Avez-vous eu ou une des membres de votre famille a-elle eu un cancer du sein dit « triple négatif » (cancer qui ne présente ni les récepteurs des œstrogènes, ni les récepteurs de la progestérone ni le récepteur HER2) ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 4. Avez-vous eu ou un des membres de votre famille a-elle eu un cancer aux deux seins ? Ou deux tumeurs dans le même sein ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 5. Avez-vous eu ou un des membres de votre famille a-elle eu un cancer des ovaires ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 6. Y a-t-il eu dans votre famille un cancer du sein chez un homme ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 7. Est-ce qu'un membre de votre famille a déjà été bénéficié d'un test génétique pour prédisposition au cancer ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 8. Est-ce que vous êtes d'origine juive ashkénaze* ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 9. Avez-vous eu d'autres maladies tumorales appart le cancer du sein ou des ovaires ? Si oui, lesquelles ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 10. Avez-vous des apparentés atteints d'un cancer de la prostate ou du pancréas ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |
| 11. Est-ce que votre arbre généalogique est inconnu pour une raison ou une autre ? | <input type="radio"/> | oui | <input type="radio"/> | non | <input type="radio"/> | inconnu |

* survenue fréquente de certaines mutations génétiques chez les juives/juifs ashkénazes.

Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions, nous vous suggérons de revoir le questionnaire avec votre médecin. Si vous disposez d'informations concernant vos antécédents familiaux, veuillez les noter sur une page séparée, car elles aideront à interpréter le questionnaire. S'il y a des raisons de suspecter une prédisposition au cancer dans votre famille, votre médecin vous orientera vers une consultation génétique.