



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. Connaissez-vous votre arbre familial ou est-ce qu'il est inconnu pour diverses raisons ? | <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 prions de décrire sur une feuille l'ensemble de vos antécédents familiaux/l'arbre généalogique. Veuillez passer ce questionnaire en revue avec votre médecin. Si le résultat montre un risque éventuellement accru, il vous recommandera une consultation génétique.