



# Questionnaire

## Microbiote intestinal

Ce questionnaire a pour objectif d'évaluer votre état de santé ainsi que vos habitudes de vie pour une meilleure interprétation de votre microbiote intestinal. **Nous vous prions de le remplir soigneusement.**

L'analyse du microbiote est réservée aux personnes **de plus de 15 ans.**

Nous vous invitons à lire attentivement les questions et les possibilités de réponses, puis à répondre en cochant **une seule case** pour chaque item, **sauf mention contraire.**

Questionnaire rempli en présence d'un professionnel de santé :  Oui  Non

**Accord pour l'utilisation des données dans le cadre de la recherche :**  Oui  Non

### Identité du patient-e

Nom		Lieu de naissance	
Prénom		Ville	
Date de naissance		Code postal	
Analyse non acceptée si <15 ans		Lieu de résidence	
Sexe biologique	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	Ville	
Poids (kg)		Code postal	
Taille (cm)			

## Caractérisation de l'échantillon

Date du prélèvement

► \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Quelle a été la consistance de vos selles le jour du prélèvement ? (cochez le type correspondant ci-dessous)

### Caractérisation des selles selon l'échelle de Bristol :

<input type="checkbox"/> Type 1	Boules dures séparées (scyballes), difficiles à expulser		<input type="checkbox"/> Type 5	Morceaux solides mais mous, clairement séparés les uns des autres (faciles à expulser)	
<input type="checkbox"/> Type 2	Selles moulées mais faites de grumeaux apparents		<input type="checkbox"/> Type 6	Selles molles à très molles (avec des morceaux solides non distincts les uns des autres)	
<input type="checkbox"/> Type 3	Selles moulées et craquelées				
<input type="checkbox"/> Type 4	Selles moulées lisses et molles		<input type="checkbox"/> Type 7	Selles liquides, sans structure	

Quel est l'aspect de vos selles habituellement ? Type ► .....

## Renseignements médicaux

### Pathologies diagnostiquées

**Q1. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?**

Non  Oui ▶ Le/laquelle ? .....

**Q2. Avez-vous une maladie gastro-intestinale diagnostiquée ?**

Non  Oui ▶  Syndrome de l'intestin irritable  
 Colite Ulcéreuse  
 Maladie de Crohn  
 Autre : .....

**Q3. Avez-vous une maladie du foie diagnostiquée ?**

Non  Oui ▶  Hépatite  Stéatose  
 Kyste  Cirrhose

**Q4. Avez-vous une maladie métabolique diagnostiquée ?**

Non  Oui ▶  Obésité  
 Diabète de type I  
 Diabète de type II

**Q5. Avez-vous ou avez-vous eu un cancer ?**

Non  Oui ▶  Cancer du côlon  
 Autre - Localisation  
▶ .....  
 En cours de traitement  
 Guérison  
Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Q6. Avez-vous des manifestations cutanées ?**

Non  Oui ▶  Eczéma  
 Psoriasis  
 Autre : .....

**Q7. Avez-vous des atteintes articulaires ?**

Non  Oui ▶  Ostéoporose  
 Arthrose  
 Autre : .....

**Q8. Avez-vous des troubles nerveux ou psychiques ?**

Non  Oui ▶  Dépression nerveuse  
 Troubles anxieux  
 Maladie neuro-dégénérative  
▶ Préciser : .....

**Q9. Avez-vous d'autres pathologies diagnostiquées ?**

Non  Oui ▶  Hypercholestérolémie  
 Asthme

Allergie  
▶ Laquelle : .....  
 Maladie rénale  
 Maladie cœliaque  
 Maladie auto-immune  
 Hypertension artérielle  
 Maladie infectieuse  
▶ Laquelle : .....  
 Autre(s) : .....

**Q10. Avez-vous eu des troubles digestifs au cours des 3 derniers mois ?**

Non  Oui ▶  Constipation  
 Diarrhées  
 Ballonnements  
 Gaz  
 Crampes  
 Douleurs

### Prise de substances pouvant influencer le microbiote intestinal

**Q11. Avez-vous pris des antibiotiques, anti-fongiques, anti-viraux, anti-parasitaires sur les 3 derniers mois ?**

Non  Oui ▶ Le(s)quel(s) ? .....  
.....  
▶ Combien de temps ? .....

**Q12. Prenez-vous des médicaments au long cours (y compris contraception orale) ?**

Non  Oui ▶ Le(s)quel(s) ? .....  
.....  
▶ Combien de temps ? .....

**Q13. Avez-vous pris d'autres médicaments sur les 4 dernières semaines**

Non  Oui ▶ Le(s)quel(s) ? .....  
.....  
▶ Combien de temps ? .....

**Q14. Avez-vous pris des probiotiques sur les 4 dernières semaines ?**

Non  Oui ▶ Lequel ? .....  
.....  
▶ Combien de temps ? .....

**Q15. Avez-vous eu une radiothérapie digestive ?**

Non  Oui ▶ Date .....

**Q16. Avez-vous eu une alimentation par sonde ou IV récente ?**

Non  Oui ▶ Date .....

## Renseignements généraux

### Q17. Avez-vous été allaité(e)

Oui  Non  NSP

### Q18. Êtes-vous né(e) par césarienne

Oui  Non  NSP

Si vous êtes une femme :

### Q19. Êtes-vous actuellement enceinte ?

Oui  Non

### Q20. Êtes-vous ménopausée ?

Oui  Non

## Mode de vie

### Q21. Activité sportive

- Jamais  
 1 fois par mois ou moins  
 1 fois par semaine  
 Tous les jours

### Q22. Fumeur

Oui  Non

..... cigarettes / jour ; depuis ..... années

### Q23. Consommez-vous de l'alcool ?

- Jamais  
 1 fois par mois ou moins  
 2 à 4 fois par mois  
 2 à 3 fois par semaine  
 4 fois par semaine ou plus

Sur les dernières 24h :  Oui  Non

### Q24. Vous sentez-vous stressé(e) ? (Échelle de 0 à 10) ?

...../ 10

### Q25. Vous sentez-vous fatigué(e) ?

- Jamais  
 Rarement  
 Occasionnellement  
 Assez souvent  
 Très souvent

### Q26. Avez-vous voyagé dans un pays étranger sur les 6 derniers mois ?

Non  
 Oui ► Le(s)quel(s) : .....

Si oui, hospitalisation à l'étranger de plus de 24h ?

Oui  Non

## Alimentation

### Q27. Quel pourcentage de votre régime la viande et le poisson représentent-ils ?

- 90 % et plus  75 %  
 50 %  25 %  
 Moins de 25 %

### Q28. Quel pourcentage de votre régime les légumes représentent-ils ?

- 90 % et plus  75 %  
 50 %  25 %  
 Moins de 25 %

### Q29. Êtes-vous végétarien ? Oui Non

### Q30. Suivez-vous un autre régime alimentaire spécifique ?

- Sans lactose  Sans gluten  
 Sans résidu  Végétalien  
 Vegan  Cétogène  
 Autre : .....

### Q31. Avez-vous une intolérance alimentaire ?

Oui ► Quel produit ? .....  
 Non

### Q32. Prenez-vous des compléments alimentaires ?

Oui  Non

### Q33. A quelle fréquence consommez-vous des repas de type fast-food ?

- Jamais  
 1 fois par mois ou moins  
 2 à 4 fois par mois  
 1 à 2 fois par semaine  
 4 fois par semaine ou plus

### Q34. Avez-vous l'habitude de grignoter entre les repas ?

- Jamais  
 1 à 2 fois par semaine  
 2 à 3 fois par semaine  
 Tous les jours