



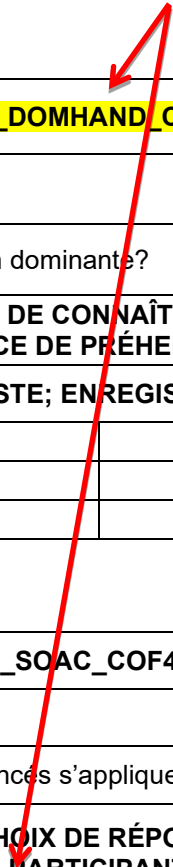
clsa élcv

Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire du Site de collecte de données (4^e suivi)

©v2.0, 05 mai 2026

Exemples de noms de variable tels que présentés dans les ensembles de données.



Q1.	ICQ_DOMHAND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Quelle est votre main dominante?		
IL EST IMPORTANT DE CONNAÎTRE LA MAIN DOMINANTE POUR SAVOIR SUR QUELLE MAIN MESURER LA FORCE DE PRÉHENSION.		
NE PAS LIRE LA LISTE; EN REGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
RIGHT	1	Droite
LEFT	2	Gauche
AMBIDEXTROUS	3	Ambidextre

SPA_1	SPA_SOAC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Lesquels de ces énoncés s'appliquent à vous?		
REMARQUE : LE CHOIX DE RÉPONSE N° 1 – « JE LIS UN JOURNAL / QUOTIDIEN » INCLUT LES SITUATIONS OÙ LE PARTICIPANT NE LIT QUE L'ÉDITION DU SAMEDI D'UN QUOTIDIEN.		
LIRE CHAQUE ÉNONCÉ. RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), EN REGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SPA_SOAC_RNP_COF4	01	Je lis un journal / quotidien (papier ou en ligne)
SPA_SOAC_HY_COF4	02	J'ai un hobby ou un passe-temps
SPA_SOAC_HIC_COF4	03	J'ai pris des vacances au Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_HOC_COF4	04	J'ai pris des vacances à l'extérieur du Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_DT_COF4	05	J'ai fait une excursion d'une journée ou une sortie dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_INT_COF4	06	J'utilise Internet ou un courriel
SPA_SOAC_VOT_COF4	07	J'ai voté lors des dernières élections fédérales, provinciales ou municipales
SPA_SOAC_NONE_COF4	96	Aucun de ces énoncés ne s'applique à moi
SPA_SOAC_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
SPA_SOAC_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

REMARQUE : Pour les questions sous forme de tableau, un double astérisque (**) à côté d'un texte signifie que le texte ne doit pas être lu. Il remplace la consigne **[NE PAS LIRE]**.

Table des matières

	Page
ACCUEIL AU DCS	5
Questionnaire sur les contre-indications et interprétation – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	5
SALLE DE MESURE 1.....	29
Circonférence taille et hanches – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	29
Mesure du poids et de la taille debout – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	29
Taille assise – (visite régulière/abrégée).....	29
Mesure de la fréquence cardiaque et de la pression sanguine – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	29
Électrocardiogramme (ECG) – (visite régulière/abrégée).....	29
Échocardiogramme (ECHO) – (visite régulière).....	29
Spirométrie – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	29
SALLE DU DEXA – (visite régulière/abrégée).....	29
Questionnaire sur la densité minérale osseuse.....	29
(DEXA) – Mesure des deux hanches.....	29
(DEXA) – Mesure de la colonne latérale IVA.....	29
(DEXA) – Mesure du corps entier.....	29
(DEXA) – Colonne lombaire.....	29
(DEXA) – Mesure de l'avant-bras.....	29
SALLE D'ENTREVUE 1.....	30
Audition – Audiomètre (avec test de contrôle de la qualité de l'audiomètre) – (visite régulière/abrégée).....	30
Test des trois chiffres – (visite régulière/abrégée).....	30
Test de dépistage des conditions neuropsychologiques Stroop (STP) – version de Victoria – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	31
Test oral contrôlé d'association de mots (FAS) – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	40
Test de temps de réaction (CRT) – (visite régulière/abrégée).....	44
Test par Sniffin' Sticks (SNFS) – (visite régulière).....	44
Réseaux sociaux (SN) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	45
Soutien social – Disponibilité (SSA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	51
Participation sociale (SPA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	58
Cohésion sociale – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	64
Trouble d'anxiété généralisée (GAD) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	65
SALLE DE MESURES 2.....	67
Test minuté de marche sur 4 mètres – (visite régulière/abrégée).....	67
Test « Up and Go » minuté – (visite régulière/abrégée).....	67
Mesurer l'équilibre debout – (visite régulière/abrégée).....	67
Test « se lever d'une chaise » – (visite régulière/abrégée).....	67
Vision – Acuité visuelle – (visite régulière/abrégée).....	67
Vision – Tonométrie – (visite régulière/abrégée).....	67
Vision – Caméra rétinienne, tomographie par cohérence optique (OCT) – Droit – (visite régulière/abrégée).....	67
Risque nutritionnel (NUR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	68
Douleurs et malaises (HUP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	77
Vision (VIS) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	79
Audition (HRG) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	81
Questionnaire de dépistage d'un problème auditif chez les personnes âgées – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	83
Échelle de résilience (RES) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	84
Vision – caméra rétinienne, tomographie par cohérence optique (OCT) – gauche – (visite régulière/abrégée).....	85
Force de préhension de la main – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	85

SALLE D'ENTREVUE 2	85
Vision – Sensibilité aux contrastes – (visite régulière)	85
Problèmes de santé chroniques (CCC)	86
Cardiaque/cardiovasculaire – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	87
Neurologique – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	89
Épilepsie (EPI) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	93
Gastro-intestinal – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	96
Vision – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	103
Cancer – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	104
Santé mentale – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	108
Autres maladies chroniques – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	110
Diabète (DIA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	115
Accident vasculaire cérébral (STR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	120
Questionnaire QVSFS modifié – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	126
Traumatisme crânien (TBI) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	130
Hypo- et hyperthyroïdie (HYP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	133
Hypertension (HBP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	139
Cardiopathie ischémique (IHD) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	143
Sténose aortique (AOR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	148
Questionnaire de l'OMS (ROS) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	150
Arthrose de la main (OSA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	155
Arthrose de la hanche (OSH) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	159
Arthrose du genou (OSK) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	162
Musculosquelettique : Autre (OAR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	164
Ostéoporose (OST) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	165
Neuropsychiatrique (DPR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	171
Dépression (DEP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	175
Parkinsonisme (PKD) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	179
Obstruction chronique des voies respiratoires (CAO) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	185
Infections (INF) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	193
Comportement préventif en matière de santé (PHB) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	195
Indice de suspicion de maltraitance envers les personnes âgées (EAS) – (visite régulière/par téléphone/abrégee).....	197
Santé buccodentaire (ORH) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee).....	199
Sommeil (SLE) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	207
Questionnaire sur le chronotype de Munich (MCT) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)	216
CRITÈRES D'EXCLUSION.....	219

ACCUEIL AU DCS

Questionnaire sur les contre-indications et interprétation – (visite régulière/à domicile/abrégée)

Qa.	ICQ_TEMP_NB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Température frontale		
	° Celsius	_____ (MASK: MIN=30, MAX=47)
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

Q1.	ICQ_DOMHAND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Quelle est votre main dominante?		
IL EST IMPORTANT DE CONNAÎTRE LA MAIN DOMINANTE POUR SAVOIR SUR QUELLE MAIN MESURER LA FORCE DE PRÉHENSION.		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
RIGHT	1	Droite
LEFT	2	Gauche
AMBIDEXTROUS	3	Ambidextre

Q2.							
[ALWAYS ASK]							
Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'une de vos mains, ou aux deux?							
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ							
		Non	Gauche	Droite	Les deux	**NSP / PR	**RF
		NO	LEFT	RIGHT	BOTH	DK_NA	RF
		1	2	3	4	8	9
ICQ_HNDSWL_COF4	Enflure importante, plaies ouvertes, blessures, infection ou brûlures						
ICQ_HNDCST_COF4	Plâtre						
ICQ_HNDHMT_COF4	Hématome (bleu)						
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA MESURE DE LA FORCE DE PRÉHENSION.							
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER)							

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q3.							
[ALWAYS ASK]							
Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'un de vos bras, ou aux deux?							
REMARQUE : BRAS = DU COUDE À L'ÉPAULE. CELA INCLUT L'ENDROIT OÙ ON FAIT LES PRISES DE SANG.							
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ							
		Non	Gauche	Droite	Les deux	**NSP / PR	**RF
		NO	LEFT	RIGHT	BOTH	DK_NA	RF
		1	2	3	4	8	9
ICQ_ARMSWL_COF4	Enflure importante, plaies ouvertes, blessures, infection ou brûlures						
ICQ_ARMCST_COF4	Plâtre						
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION PEUT INFLUENCER LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE ET DE LA FORCE DE PRÉHENSION, LE DEXA (AVANT-BRAS) ET LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.							
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER)							

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q4.							
[ALWAYS ASK]							
Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'une de vos jambes, ou aux deux?							
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ							
		Non	Gauche	Droite	Les deux	**NSP / PR	**RF
		NO	LEFT	RIGHT	BOTH	DK_NA	RF
		1	2	3	4	8	9
ICQ_LEGSWL_COF4	Enflure importante, plaies ouvertes, blessures, infection ou brûlures						
ICQ_LEGCST_COF4	Plâtre						
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER), LE TEST « UP AND GO », LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M ET LE TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT.							

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q5a.	ICQ_SRG3MO_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous subi une chirurgie (opération) <u>au cours des 3 derniers mois</u> ?		
INTERVIEWEUR·SE : INFORMER LE/LA PARTICIPANT·E QUE CECI COMPREND LES CHIRURGIES AUX YEUX ET AU NEZ.		
REMARQUE : AVANT LA GUÉRISON COMPLÈTE, DES CHIRURGIES RÉCENTES PEUVENT ENTRAVER LES PRISES DE SANG ET DIVERS TESTS, SELON LE SITE DE LA CHIRURGIE. LES TESTS DE L'ÉLCV SONT CONTRE-INDIQUÉS, SELON LE SITE PRÉCIS.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Q5b.						
[ASK IF ICQ_SRG3MO_COF4 = YES]						
Quel type de chirurgie avez-vous subie?						
REMARQUE : RAPPELEZ AU/À LA PARTICIPANT·E QU'IL EST QUESTION DES CHIRURGIES SUBIES AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS						
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ						
		Non	Gauche	Droite deux	Les deux	**RF
		NO	LEFT	RIGHT	BOTH	RF
		1	2	3	4	9
ICQ_SRGYARM_COF4	Bras et avant-bras					
ICQ_SRGYCHT_COF4	Thorax ou sein (y compris mastectomie ou lymphectomie)					
ICQ_SRGYHND_COF4	Main ou poignet					
ICQ_SRGYART_COF4	Shunt artérioveineux / fistule					
ICQ_SRGYEYE_COF4	Œil (c.-à-d. cataractes ou chirurgie au laser)					
REMARQUE : LES RÉPONSES À CES QUESTIONS POURRAIENT INFLUENCER LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE ET DE LA FORCE DE PRÉHENSION, LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG, LA SPIROMÉTRIE, LA CAMÉRA RÉTINIENNE, LA TONOMÉTRIE ET LE DEXA (AVANT-BRAS).						
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER).						

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q5c.				
[ASK IF ICQ_SRG3MO_COF4 = YES]				
Quel type de chirurgie avez-vous subie?				
REMARQUE : RAPPELEZ AU/À LA PARTICIPANT·E QU'IL EST QUESTION DES CHIRURGIES SUBIES AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS				
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ				
		Oui	Non	**RF
		YES	NO	RF
		1	2	9
ICQ_SRGYABD_COF4	Abdomen			
ICQ_SRGYHRT_COF4	Cœur			
ICQ_SRGYOTSP_COF4	Autre : (REMARQUE : pourrait inclure une chirurgie dentaire majeure)			

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q6.	ICQ_PAINHND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la douleur ou une paralysie à vos mains ou poignets causée par une maladie telle que l'arthrite, une tendinite, le syndrome de tunnel carpien ou autre?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES_LEFT_SIDE	1	Oui, au côté gauche
YES_RIGHT_SIDE	2	Oui, au côté droit
YES_BOTH_SIDES	3	Oui, aux deux côtés
NO	4	Non

Q7a.	ICQ_RISEASSI_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans l'aide d'une autre personne?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LES QUESTIONS DU TEST « UP AND GO » ET DU TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE ».		

Q7b.	ICQ_RISECANE_COF4	
[ASK IF ICQ_RISEASSI_COF4 = YES]		
Utilisez-vous une canne ou une marchette pour vous tenir debout ou vous lever d'une chaise sans aide?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LES QUESTIONS DU TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE » ET DU TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT.		

Q8.	ICQ_ABLESTND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous tenir debout sans l'aide d'une autre personne?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA MESURE DU RAPPORT TAILLE-HANCHES, LA TAILLE DEBOUT, LE POIDS, TOUTES LES ÉTAPES DU DEXA, L'ÉCHOCARDIOGRAMME, L'ECG, LE TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE », LE TEST « UP AND GO », LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M ET LE TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT.		

Q9.	ICQ_ABLEWLK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous marcher sans l'aide d'une autre personne?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE TEST « UP AND GO » ET LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M.		

Q10a.	ICQ_PREGNT_COF4	
[ASK IF SEX = FEMALE AND ≤ 55 YEARS]		
Êtes-vous enceinte?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER TOUTES LES ÉTAPES DU DEXA.		
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA MESURE DU POIDS.		

Q10b.	ICQ_PREGNTWK_NB_COF4	
[ASK IF ICQ_PREGNT_COF4 = YES]		
À combien de semaines de grossesse êtes-vous?		
Veuillez fournir la meilleure estimation possible si vous n'êtes pas certaine du nombre exact de semaines.		

DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA MESURE DU RAPPORT TAILLE-HANCHES ET LA SPIROMÉTRIE.		
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA MESURE DU POIDS.		

Q11.	ICQ_ILLLUNG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Souffrez-vous présentement d'une maladie aiguë qui pourrait interférer avec un test sur les fonctions respiratoires comme un rhume, une bronchite, la grippe, la tuberculose, une pneumonie, un pneumothorax, des douleurs thoraciques ou abdominales, des nausées ou des vomissements?		
REMARQUE : CES MALADIES SONT DES CONTRE-INDICATIONS À LA SPIROMÉTRIE SI LE/LA PARTICIPANT·E PRÉSENTE DES SYMPTÔMES OU UN ÉPISODE AIGU (UNE « RÉCIDIVE »).		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.		

Q12.	ICQ_HRTCOND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu un problème cardiaque instable (par exemple, un problème qui a nécessité votre hospitalisation ou une visite à l'urgence, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse (stent), etc.)?		
REMARQUE : TOUT ÉTAT CARDIAQUE INSTABLE RÉCENT EST UNE CONTRE-INDICATION À LA SPIROMÉTRIE. CE TEST AUGMENTE LA TENSION ARTÉRIELLE.		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.		

Q12a.	ICQ_EMB6WK_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous eu une embolie pulmonaire <u>au cours des six dernières semaines</u> ?	
REMARQUE : EMBOLIE PULMONAIRE – OBSTRUCTION D'UNE OU DES DEUX ARTÈRES PULMONAIRES. LA PLUPART DU TEMPS, L'EMBOLE PULMONAIRE EST CAUSÉE PAR UN CAILLOT DE SANG QUI A MIGRÉ DEPUIS LES JAMBES OU, PLUS RAREMENT, AILLEURS (THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE).	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.	

Q12b.	ICQ_EMBMED_COF4
[ALWAYS ASK]	
Prenez-vous présentement des anticoagulants, comme de la warfarine ou de l'apixaban, parce que vous avez eu une embolie pulmonaire?	
REMARQUE : LA PRISE D'ANTICOAGULANTS À LA SUITE D'UNE EMBOLIE PULMONAIRE EST UNE CONTRE-INDICATION À LA SPIROMÉTRIE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.	

Q13.	ICQ_DERET3MO_COF4
[ALWAYS ASK]	
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous souffert d'un décollement de la rétine?	
REMARQUE : CELA N'INCLUT PAS UNE OCCLUSION RÉTINIENNE	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE, LA TONOMÉTRIE ET LA CAMÉRA RÉTINIENNE À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR L'ACUITÉ VISUELLE ET LA SENSIBILITÉ AUX CONTRASTES.	

Q14.						
[ALWAYS ASK]						
Avez-vous présentement une infection aux endroits suivants?						
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ						
		Non	Gauche	Droite	Les deux	**RF
		NO	LEFT	RIGHT	BOTH	RF
		1	2	3	4	9
ICQ_EYEINF_COF4	Œil					
ICQ_EARINF_COF4	Oreille					
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE TONOMÈTRE.						
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE TEST « UP AND GO », LE TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE », LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M, LE TEST AUDITIF, LE TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT ET LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU TONOMÈTRE).						

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q15a.	ICQ_CATRCT_COF4				
[ALWAYS ASK]					
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez des cataractes?					
REMARQUE : UNE CATARACTE EST UNE OPACITÉ PARTIELLE OU TOTALE DU CRISTALLIN DE L'ŒIL. CETTE OPACITÉ PEUT MENER À UNE PERTE DE VISION OU MÊME LA CÉCITÉ.					
YES	1	Oui			
NO	2	Non			
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse			
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus			
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU SENSIBILITÉ AUX CONTRASTES OU TONOMÈTRE).					

Q15b.	ICQ_CATRCTAGE_COF4				
[ASK IF ICQ_CATRCT_COF4 = YES]					
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez des cataractes?					
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?					
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)			
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)			
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse			
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus			

Q15c.	ICQ_CATRCTS_COF4	
[ASK IF ICQ_CATRCT_COF4 = YES]		
Avez-vous été opéré pour enlever des cataractes? (Droite, gauche, les deux)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Q15d.	ICQ_CATRCT2_COF4	
[ASK IF ICQ_CATRCT_COF4 = YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle dit que vous avez présentement des cataractes?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU TONOMÈTRE).		

Q15e.	ICQ_CATIME2_COF4	
[ASK IF ICQ_CATRCT2_COF4 = YES]		
Si vous attendez pour une chirurgie de la cataracte, depuis combien de temps êtes-vous sur la liste d'attente?		
VEUILLEZ FOURNIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN·E DU TEMPS EXACT.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MO	Mois	_____ (MASK: MIN=0, MAX=12)
DY	Jours	_____ (MASK: MIN=0, MAX=365)
YR	Années	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
NS	001	A des cataractes, mais n'a pas encore besoin de chirurgie
DK_NA	998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	[NE PAS LIRE] Refus

Q16.	ICQ_GLAUC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous faisiez du glaucome?		
REMARQUE : LE GLAUCOME EST UNE MALADIE DE L'ŒIL CARACTÉRISÉE PAR UNE AUGMENTATION ANORMALE DE LA PRESSION DES LIQUIDES DANS L'ŒIL. SANS TRAITEMENT, LE GLAUCOME PEUT ENDOMMAGER LE NERF OPTIQUE ET MENER À UNE PERTE DE VISION OU MÊME LA CÉCITÉ.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU SENSIBILITÉ AUX CONTRASTES OU TONOMÈTRE).		

Q16a.	ICQ_GLAUCAGE_COF4		
[ASK IF ICQ_GLAUC_COF4 = YES]			
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous faisiez du glaucome?			
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT-E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?			
NB_SP	Âge	_____	(MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____	(MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus	

Q17.					
[ALWAYS ASK]					
Portez-vous un appareil auditif?					
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ					
		Oui (ne le porte pas)	Oui (le porte présentement)	Non	**RF
		NOT_WEARING	WEARING	NO	RF
		1	2	3	9
ICQ_HRAID_LEFT_COF4	Appareil auditif – côté gauche				
ICQ_HRAID_RIGHT_COF4	Appareil auditif – côté droit				
ICQ_HRAID_BOTH_COF4	Appareil auditif – deux côtés				
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE TEST D'AUDITION ET LE DEXA (CORPS ENTIER).					

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q17a.	ICQ_GLASSES2_COF4			
[ALWAYS ASK]				
Portez-vous...				
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ				
	Oui (ne les porte pas)	Oui (les porte présentement)	Non	**RF
	NOT_WEARING	WEARING	NO	RF
	1	2	3	9
Lunettes (Remarque : ne pas inclure les lunettes de lecture)				
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE TONOMÈTRE.				

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q17b.	ICQ_CTLENS2_COF4			
[ALWAYS ASK]				
Portez-vous...				
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ				
	Oui (ne les porte pas)	Oui (les porte présentement)	Non	**RF
	NOT_WEARING	WEARING	NO	RF
	1	2	3	9
Verres de contact				
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU TONOMÈTRE).				

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q18.	ICQ_SMELL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Comment évalueriez-vous votre odorat au cours des quatre dernières semaines, sur une échelle allant de 10 (excellent) à 0 (nul, ou incapable de sentir)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ZERO	00	0 (aucun odorat)
ONE	01	1
TWO	02	2
THREE	03	3
FOUR	04	4
FIVE	05	5
SIX	06	6
SEVEN	07	7
EIGHT	08	8
NINE	09	9
TEN	10	10 (excellent odorat)
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

Q19.	ICQ_PROSLIM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous une prothèse ou une partie du corps artificielle (p. ex., membre, articulation, hanche, genou, œil, etc.)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Q19a.						
[ASK IF ICQ_PROSLIM_COF4 = YES]						
Pour lesquels de vos membres avez-vous des membres artificiels ou prothèses?						
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ						
		Non	Gauche	Droite	Les deux	**RF
		NO	LEFT	RIGHT	BOTH	RF
		1	2	3	4	9
ICQ_PROSARM2_COF4	Bras – membre artificiel					
ICQ_JOINTARM_COF4	Bras – prothèse articulaire					
ICQ_PROSLEG_COF4	Jambe					
ICQ_PROSHND_COF4	Main ou doigts					
ICQ_PROSFT_COF4	Pied					
ICQ_PROSHIP_COF4	Hanche					
ICQ_PROSKNEE_COF4	Genou					
ICQ_PROSEYE_COF4	Œil					
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION PEUT INFLUENCER LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE ET DE LA FORCE DE PRÉHENSION, LE DEXA (AVANT-BRAS ET DEUX HANCHES) ET LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.						
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA TENSION ARTÉRIELLE, LE TEST « UP AND GO », LE TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE », LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M, LE TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT OU LE DEXA (CORPS ENTIER), LE TONOMÈTRE, LA CAMÉRA RÉTINIENNE OU LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.						

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q20.	ICQ_HRDWR_COF4
[ALWAYS ASK]	
Vous a-t-on implanté du matériel chirurgical (broches, tiges, vis, plaques, fils)?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

Q20a.						
[ASK IF ICQ_HRDWR_COF4 = YES]						
Vous a-t-on implanté du matériel chirurgical (broches, tiges, vis, plaques, fils) dans...						
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ						
		No	Gauche	Droite	Les deux	**RF
		NO	LEFT	RIGHT	BOTH	RF
		1	2	3	4	9
ICQ_HRDWR_FA_COF4	Avant-bras					
ICQ_HRDWR_HP_COF4	Hanche					
ICQ_HRDWR_OTSP_COF4	Autre :	Oui : _____	Non			
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION PEUT INFLUENCER LE DEXA (AVANT-BRAS ET DEUX HANCHES).						
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER).						

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q20b.	ICQ_HRDWR_SPN_COF4				
[ASK IF ICQ_HRDWR_COF4 = YES]					
Vous a-t-on implanté du matériel chirurgical (broches, tiges, vis, plaques, fils) dans la colonne?					
YES	1	Oui			
NO	2	Non			
REFUSED	9	[DO NOT READ] Refus			
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION PEUT INFLUENCER LE DEXA (COLONNE LOMBAIRE ANTÉROPOSTÉRIEURE OU LATÉRALE).					
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER).					

Q21.	ICQ_FX_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi une fracture ou une cassure?		
REMARQUE: LES FRACTURES ET CASSURES ANTÉRIEURES PEUVENT INFLUENCER LE DEXA.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Q22.						
[ASK IF ICQ_FX_COF4 = YES]						
CODE ONLY ONE RESPONSE PER STATEMENT						
Indiquez quelles parties de votre corps ont subi une fracture ou une cassure.						
		Non	Gauche	Droite	Les deux	**NSP / PR
		NO	LEFT	RIGHT	BOTH	DK_NA
		1	2	3	4	8
ICQ_FXARM_COF4	Bras					
ICQ_FXSHLD_COF4	Épaule					
ICQ_FXHND_COF4	Main ou doigts					
ICQ_FXWRST_COF4	Poignet					
ICQ_FXRIB_COF4	Côtes					
ICQ_FXLEG_COF4	Jambe					
ICQ_FXANK_COF4	Cheville					
ICQ_FXFT_COF4	Pied ou orteils					
ICQ_FXHIP_COF4	Hanche					
ICQ_FXKNEE_COF4	Genou					
ICQ_FXCHK_COF4	Joue					
ICQ_FXJAW_COF4	Mâchoire					
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE DEXA (DEUX HANCHES ET AVANT-BRAS).						
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER) ET LE DEXA (AVANT-BRAS OU DEUX HANCHES).						

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q22.	ICQ_FXLIMB2_COF4				
[ASK IF ICQ_FX_COF4 = YES]					
Indiquez quelles parties de votre corps ont subi une fracture ou une cassure.					
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ					
		Oui	Non	**NSP / PR	**RF
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
ICQ_FXNOSE_COF4	Nez				
ICQ_FXSKL_COF4	Crâne				
ICQ_FXNECK_COF4	Cou				
ICQ_FXBACK_COF4	Dos				
ICQ_FXCOLLR_COF4	Clavicule				
ICQ_FXPELV_COF4	Pelvis				
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER OU COLONNE LATÉRALE).					

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q23.	ICQ_BCKSRGY_COF4		
[ALWAYS ASK]			
Avez-vous déjà eu une chirurgie du dos?			
YES	1	Oui	
NO	2	Non	
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus	
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER OU COLONNE LATÉRALE).			

Q24.	ICQ_POLIO_COF4		
[ALWAYS ASK]			
Avez-vous déjà eu la polio?			
YES	1	Oui	
NO	2	Non	
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus	
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER, COLONNE LATÉRALE, DEUX HANCHES OU AVANT-BRAS).			

Q25.	ICQ_BLDSP3MO_COF4
[ALWAYS ASK]	
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu du sang dans vos expectorations ou avez-vous craché du sang?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.	

Q25a.	ICQ_BLDSPY_COF4
[ASK IF ICQ_BLDSP3MO = YES]	
<p>INTERVIEWEUR·SE : DE PETITES QUANTITÉS (C.-À-D. UN SOUPÇON) DE SANG DANS LES EXPECTORATIONS N'INDIQUENT GÉNÉRALEMENT RIEN DE GRAVE, MAIS DE PLUS GRANDES QUANTITÉS (2+ CUILLÈRES À THÉ / 24 HEURES) PEUVENT INDiquer UN PROBLÈME GRAVE COMME UN CANCER DU POU MON.</p> <p>SUGGÉRER AU/À LA PARTICIPANT·E DE CONSULTER SON/SA MÉDECIN SI CE N'EST PAS DÉJÀ FAIT. SI LE/LA PARTICIPANT·E INDIQUE AVOIR EXPECTORÉ BEAUCOUP DE SANG, LE/LA CHERCHEUR·SE PRINCIPAL·E DU SITE DOIT ÊTRE CONTACTÉ·E CONFORMÉMENT À LA POLITIQUE SUR LES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES.</p>	

Q26.	ICQ_ANEURY_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà eu un anévrisme thoracique, abdominal ou cérébral?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.	

Q27.					
[ALWAYS ASK]					
Vous a-t-on installé l'un ou l'autre des appareils médicaux suivants?					
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ					
		Oui	Non	**NSP / PR	**RF
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
ICQ_PACEMKR_COF4	Pacemaker				
ICQ_DEFIBR_COF4	Défibrillateur				
ICQ_COCHLIMP_COF4	Implant cochléaire				
ICQ_DEVIC_OTSP_COF4	Autre : _____				
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER). LA RÉPONSE À « AUTRE » EST NOTÉE POUR TOUTES LES ÉTAPES DU DEXA.					

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Q28.	ICQ_CHEMO4WK_COF4
[ALWAYS ASK]	
Si vous avez un cancer, avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie <u>au cours des quatre dernières semaines?</u>	
REMARQUE : LES MÉDICAMENTS QUI PEUVENT ÊTRE DES MÉDICAMENTS DE CHIMIOTHÉRAPIE, MAIS QUI SONT UTILISÉS POUR TRAITER D'AUTRES MALADIES NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME DES CONTRE-INDICATIONS (PAR EXEMPLE, LE MÉTHOTREXATE UTILISÉ POUR TRAITER L'ARTHRITE).	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.	

Q29.	ICQ_HAEMO_COF4
[ALWAYS ASK]	
Êtes-vous atteint·e d'hémophilie ou de toute autre maladie qui empêche votre sang de coaguler normalement?	
REMARQUE : LES MALADIES QUI EMPÊCHENT LE SANG DE COAGULER, COMME LES FORMES D'HÉMOPHILIE, SONT DES CONTRE-INDICATIONS AU PRÉLÈVEMENT D'UN ÉCHANTILLON DE SANG. DANS DE TELS CAS, IL EST TROP RISQUÉ DE FAIRE UNE PRISE DE SANG. LES FORMES COMPRENNENT L'HÉMOPHILIE DE TYPES A ET B, LA MALADIE DE VON WILLEBRAND ET LES FORMES APPELÉES DÉFICITS D'AUTRES FACTEURS DE COAGULATION, OÙ CERTAINS « FACTEURS » NE SONT PAS PRÉSENTS DANS LE SANG, CE QUI L'EMPÊCHE DE COAGULER.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.

Q30.	ICQ_BLDTR24H_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous reçu une transfusion sanguine ou donné du sang <u>au cours des 24 dernières heures</u> ?		
REMARQUE : LA QUANTITÉ DE SANG PRÉLEVÉE À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG EST DE 450 ML (UNE PINTÉ). CETTE QUESTION INCLUT LES DONS DE PLASMA.		
LA DIALYSE NE COMPTE PAS COMME UNE CONTRE-INDICATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.		

Q31.	ICQ_NUCLMED_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous fait un test de médecine nucléaire <u>au cours des 7 derniers jours</u> ?		
REMARQUE : UN TEST DE MÉDECINE NUCLÉAIRE UTILISE DES SUBSTANCES RADIOACTIVES INJECTÉES DANS UN VAISSEAU SANGUIN, AVALÉES OU INHALÉES SOUS FORME GAZEUSE. UNE CAMÉRA GAMMA, UN APPAREIL DE TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITONS OU UNE SONDE DÉTECTE CETTE ÉNERGIE ET, À L'AIDE D'UN ORDINATEUR, PREND UNE PHOTO DÉTAILLANT LA STRUCTURE ET LA FONCTION D'ORGANES ET DE TISSUS DU CORPS. <u>LE TOMODENSITOGRAMME ET L'IMAGERIE PAR RÉSONANCE MAGNÉTIQUE SONT EXCLUS.</u>		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER OU AVANT-BRAS).		

Q31a.	ICQ_NUCLMED_48H_COF4	
[ASK IF ICQ_NUCLMED_COF4 = YES]		
Le test de médecine nucléaire a-t-il été fait il y a moins de 48 heures (c.-à-d. <u>au cours des deux derniers jours</u>)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE DEXA (CORPS ENTIER, COLONNE LATÉRALE, DEUX HANCHES ET AVANT-BRAS).		

Q31b.	ICQ_NUCLMED_TEST_COF4
[ASK IF ICQ_NUCLMED_48H_COF4 = NO]	
Quel test avez-vous fait? Veuillez préciser : _____	

Q31c.	ICQ_NUCLMED_IV24H_COF4
[ASK IF (ICQ_NUCLMED_COF4 = NO OR REFUSED) OR (ICQ_NUCLMED_48H_COF4 = NO OR REFUSED)]	
Avez-vous fait un tomodensitogramme avec intraveineuse ou un test de contraste pour imagerie par résonance magnétique (p. ex., injection de substance de contraste) au cours des 24 dernières heures?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE DEXA (CORPS ENTIER).	

Q32.	ICQ_BARSWAL_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous eu un test au baryum au cours des 7 derniers jours?	
INTERVIEWEUR-SE : LE BARYUM EST ÉGALEMENT UTILISÉ POUR DES TESTS GASTRO-INTESTINAUX (PAR EXEMPLE, DÉGLUTITION BARYTÉE, TUBE DIGESTIF SUPÉRIEUR, LAVEMENT BARYTÉ)	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE DEXA (CORPS ENTIER).	

Q33.	ICQ_TINNIT_COF4
[ALWAYS ASK]	
Souffrez-vous d'acouphène?	
REMARQUE : L'ACOUPHÈNE SURVIENT QUAND LE SON ENTENDU N'A PAS DE SOURCE EXTÉRIEURE. SOUVENT APPELÉ « BOURDONNEMENTS DANS LES OREILLES », IL PEUT AUSSI RESSEMBLER À UN BOURDONNEMENT, UN TINTEMENT, UN GRONDEMENT, UN SIFFLEMENT OU UN CHUINTEMENT.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE TEST D'AUDITION.	

Q34.	ICQ_SMOKE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Parmi les énoncés suivants, lequel correspond à votre usage du tabac?		
REMARQUE : LA QUESTION PORTE UNIQUEMENT SUR LES PRODUITS DU TABAC.		
YES	1	Je suis fumeur·se
NO	2	Je ne fume pas et je n'ai jamais fumé
FORMER	3	Je ne fume pas, mais j'ai déjà fumé
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE.		

Q35.	ICQ_SMOKETIME_COF4	
[ASK IF ICQ_SMOKE_COF4 = YES]		
Avez-vous fumé <u>au cours des 24 dernières heures</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE.		

Q36.	ICQ_SMOKE1_COF4	
[ASK IF ICQ_SMOKETIME_COF4 = YES]		
Combien d'heures se sont-elles écoulées depuis que vous avez fumé votre dernière cigarette, pipe ou cigare? Veuillez fournir la meilleure estimation possible si vous n'êtes pas certain·e du nombre d'heures exact.		
ENREGISTRER LES DEUX NOMBRES		
HOURS	_____	HEURES (MASK: MIN=0, MAX=24)
MINUTES	_____	MINUTES (MASK: MIN=0, MAX=60)
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE ET LE TEST PAR SNIFFIN' STICKS.		

Q37.	ICQ_ODOUR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous des allergies aux odeurs?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[DO NOT READ] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[DO NOT READ] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION PEUT INFLUENCER LE TEST PAR SNIFFIN' STICKS.		

Q38.	ICQ_INHALERLONG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous pris des inhalateurs à action prolongée <u>au cours des 12 dernières heures</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE.		

Q39.	ICQ_INHALERSHORT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous pris des inhalateurs à action brève <u>au cours des 6 dernières heures</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
À NOTER : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE.		

ICQ_END

SALLE DE MESURE 1

Circonférence taille et hanches – (visite régulière/à domicile/abrégée)

Mesure du poids et de la taille debout – (visite régulière/à domicile/abrégée)

Taille assise – (visite régulière/abrégée)

Mesure de la fréquence cardiaque et de la pression sanguine – (visite régulière/à domicile/abrégée)

Électrocardiogramme (ECG) – (visite régulière/abrégée)

Échocardiogramme (ECHO) – (visite régulière)

Spirométrie – (visite régulière/à domicile/abrégée)

SALLE DU DEXA – (visite régulière/abrégée)

Questionnaire sur la densité minérale osseuse

(DEXA) – Mesure des deux hanches

(DEXA) – Mesure de la colonne latérale IVA

(DEXA) – Mesure du corps entier

(DEXA) – Colonne lombaire

(DEXA) – Mesure de l'avant-bras

SALLE D'ENTREVUE 1

**Audition – Audiomètre (avec test de contrôle de la qualité de l'audiomètre)
– (visite régulière/abrégée)**

Test des trois chiffres – (visite régulière/abrégée)

Test de dépistage des conditions neuropsychologiques Stroop (STP) – version de Victoria – (visite régulière/à domicile/abrégée)

Ce module utilise le STROOP Neuropsychological Screening Test - Victoria version©. La Clinique de psychologie de l'Université de Victoria a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser cet instrument.

Aperçu	INTERVIEWEUR-SE : POUR LES MODULES SUR LA COGNITION SUIVANTS, RAPPELEZ-VOUS DE SUIVRE LE SCÉNARIO À LA LIGNE ET DE RESPECTER LES TEMPS ALLOUÉS.
---------------	--

Pour les prochaines tâches, nous vous demanderons de lire ou de nommer des couleurs, ainsi que certains mots.

STP_1	NEUR_CONSREC_COF4
[ALWAYS ASK]	
Pour nous aider à saisir cette information de façon exacte, nous aimerions avoir votre permission de faire un enregistrement audio de vos réponses. Cet enregistrement sera seulement utilisé par des employé·es autorisé·es de l'ÉLCV pour coder et vérifier vos réponses. Il est assujéti aux mêmes dispositions en matière de confidentialité que les autres données recueillies par l'ÉLCV. Consentez-vous à ce que vos réponses soient enregistrées?	
INTERVIEWEUR-SE : SI VOUS AVEZ DES PROBLÈMES TECHNIQUES EMPÊCHANT LE/LA PARTICIPANT·E D'ÊTRE ENREGISTRÉ·E OU SI LE/LA PARTICIPANT·E REFUSE D'ÊTRE ENREGISTRÉ·E, UTILISEZ LES FICHES D'OBSERVATIONS (CRF_COF4_0019_2 & CRF_COF4_0019_3).	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
PROGRAMMING NOTE: IF NEUR_CONSREC_COF4 ≠ YES DISABLE RECORDING ABILITY IN PINE AND MAKE NOTE IN PINE TO USE CRF.	

STP_2	STP_DOT_COF4
[ALWAYS ASK]	
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des points de couleur. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt·e à commencer?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
[IF STP_DOT_COF4 = YES SKIP TO STP_DOTRECR_COF4, IF STP_DOT_COF4 = REFUSED SKIP TO STROOP END]	

STP_3	STP_DOTRPT_COF4
[ASK IF STP_DOT_COF4 = NO OR DK_NA]	
SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.	
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des points de couleur. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt·e à commencer?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
[IF STP_DOTRPT_COF4 = YES SKIP TO STP_DOTRECR_COF4, IF STP_DOTRPT_COF4 = DON'T KNOW OR REFUSED SKIP TO STROOP END]	

STP_3a	STP_DOTFCTR_COF4
[ASK IF STP_DOTRPT_COF4 = NO]	
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
[IF STP_DOTFCTR_COF4 = NO SKIP TO STROOP END]	

STP_3b	STP_DOTLST_COF4
[ASK IF STP_DOTFCTR_COF4 = YES]	
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?	
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
STP_DOTUND_COF4	01 Difficulté de compréhension du français / anglais
STP_DOTPHYS_COF4	02 Handicap physique, tel que difficulté à entendre
STP_DOTDIST_COF4	03 Distraction ou milieu bruyant
STP_DOTCONC_COF4	04 Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
STP_DOTAID_COF4	05 Aide utilisée
STP_DOTTECH_COF4	06 Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel
STP_DOTOTSP_COF4	97 Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO STROOP END]	

STP_4	STP_DOT_TST_COF4
[ASK IF STP_DOT_COF4 = YES OR STP_DOTRPT_COF4 = YES]	
Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS, DEUX AUTRES ESSAIS AU MAXIMUM PEUVENT ÊTRE PROPOSÉS. SI LE/LA PARTICIPANT·E FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS AU TROISIÈME ESSAI, L'ÉPREUVE DÉBUTE QUAND MÊME.	
NE PAS CHRONOMÉTRER L'EXEMPLE.	

STP_5	STP_DOTRECR_COF4
[ASK IF STP_DOT_COF4 = YES OR STP_DOTRPT_COF4 = YES]	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : COMMENCER L'ENREGISTREMENT.	
Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
INTERVIEWEUR·SE : NE PAS AIDER LE/LA PARTICIPANT·E.	
<i>RECORD</i>	

STP_5a	STP_DOTABLE_COF4
[ASK IF STP_DOT_COF4 YES OR STP_DOTRPT_COF4 = YES]	
Le/la participant·e a-t-il pu faire le test?	
INTERVIEWEUR·SE : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES	
YES	1 Oui
NO	2 Non
[IF STP_DOTABLE_COF4 = NO SKIP TO STROOP END]	

STP_5b	STP_DOTTIMEN_COF4
[ASK IF STP_DOTABLE_COF4 = YES]	
Inscrire le temps exact en secondes :	_____ SECONDES (MASK: MIN=1, MAX=120)
Merci. Cette tâche est terminée.	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT	

STP_6	STP_WOR_COF4	
[ASK IF STP_DOTABLE_COF4 = YES]		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
[IF STP_WOR_COF4 = YES SKIP TO STP_WORRECR_COF4, IF STP_WOR_COF4 = REFUSED SKIP TO STROOP END]		

STP_7	STP_WORRPT_COF4	
[ASK IF STP_WOR_COF4 = NO OR DK_NA]		
SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
[IF STP_WORRPT_COF4 = YES SKIP TO STP_WORRECR_COF4, IF STP_WORRPT_COF4 = DON'T KNOW, REFUSED SKIP TO STROOP END]		

STP_7a	STP_WORFCTR_COF4	
[ASK IF STP_WORRPT_COF4 = NO]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF STP_WORFCTR_COF4 = NO SKIP TO STROOP END]		

STP_7b	STP_WORLST_COF4	
[ASK IF STP_WORFCTR_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
STP_WORUND_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
STP_WORPHYS_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
STP_WORDIST_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
STP_WORCONC_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
STP_WORAIID_COF4	05	Aide utilisée
STP_WORECH_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel
STP_WOROTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO STROOP END]		

STP_8	STP_WOR_TST_COF4	
[ASK IF STP_WOR_COF4 = YES OR STP_WORRPT_COF4 = YES]		
Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.		
INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS, DEUX AUTRES ESSAIS AU MAXIMUM PEUVENT ÊTRE PROPOSÉS. SI LE/LA PARTICIPANT·E FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS AU TROISIÈME ESSAI, L'ÉPREUVE DÉBUTE QUAND MÊME. NE PAS CHRONOMÉTRER L'EXEMPLE.		

STP_9	STP_WORRECR_COF4	
[ASK IF STP_WOR_COF4 = YES OR STP_WORRPT_COF4 = YES]		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : COMMENCER L'ENREGISTREMENT. COMMENCER LE CHRONOMÈTRE DÈS QUE VOUS DITES « PARTEZ ».		
Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur de l'encre dans laquelle sont écrits les mots, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.		
INTERVIEWEUR·SE : NE PAS AIDER LE/LA PARTICIPANT·E.		
RECORD		

STP_9a	STP_WORABLE_COF4	
[ASK IF STP_WOR_COF4 = YES OR STP_WORRPT_COF4 = YES]		
Le/la participant-e a-t-il pu faire le test?		
INTERVIEWEUR·SE : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES		
YES	1	Oui
NO	2	Non
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
[IF STP_WORABLE_COF4 = NO SKIP TO STROOP END]		

STP_9b	STP_WORTIMEN_COF4	
[ASK IF STP_WORABLE_COF4 = YES]		
Inscrire le temps exact en secondes :	_____	SECONDES (MASK: MIN=1, MAX=120)
Merci. Cette tâche est terminée.		
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT		

STP_10	STP_COL_COF4	
[ASK IF STP_WORABLE_COF4 = YES]		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots de couleur écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots de couleur, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt-e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
[IF STP_COL_COF4 = YES SKIP TO STP_COLRECR_COF4, IF STP_COL_COF4 = REFUSED SKIP TO STROOP END]		

STP_11	STP_COLRPT_COF4	
[ASK IF STP_COL_COF4 = NO OR DK_NA]		
SI LE/LA PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots de couleur écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots de couleur, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt·e à commencer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
[IF STP_COLRPT_COF4 = YES SKIP TO STP_COLRECR_COF4, IF STP_COLRPT_COF4 = DON'T KNOW, REFUSED SKIP TO STROOP END]		

STP_11a	STP_COLFCTR_COF4	
[ASK IF STP_COLRPT_COF4 = NO]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF STP_COLFCTR_COF4 = NO SKIP TO STROOP END]		

STP_11b	STP_COLLST_COF4	
[ASK IF STP_COLFCTR_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
STP_COLUND_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
STP_COLPHYS_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
STP_COLDIST_COF4	03	Distraction ou milieu bruyant
STP_COLCONC_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
STP_COLAID_COF4	05	Aide utilisée
STP_COLECH_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel
STP_COLOTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO STROOP END]		

STP_12	STP_COL_TST_COF4
[ASK IF STP_COL_COF4 = YES OR STP_COLRPT_COF4 = YES]	
Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS, DEUX AUTRES ESSAIS AU MAXIMUM PEUVENT ÊTRE PROPOSÉS. SI LE/LA PARTICIPANT·E FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS AU TROISIÈME ESSAI, L'ÉPREUVE DÉBUTE QUAND MÊME. NE PAS CHRONOMÉTRER L'EXEMPLE.	

STP_13	STP_COLRECR_COF4
[ASK IF STP_COL_COF4 = YES OR STP_COLRPT_COF4 = YES]	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : COMMENCER L'ENREGISTREMENT. COMMENCER LE CHRONOMÈTRE DÈS QUE VOUS DITES « PARTEZ ».	
Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ces mots de couleur sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
INTERVIEWEUR·SE : NE PAS AIDER LE/LA PARTICIPANT·E.	
RECORD	

STP_13a	STP_COLABLE_COF4
[ASK IF STP_COL_COF4 = YES OR STP_COLRPT_COF4 = YES]	
Le/La participant·e a-t-il pu faire le test?	
INTERVIEWEUR·SE : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES	
YES	1 Oui
NO	2 Non

STP_13b	STP_COLTIME_COF4
[ASK IF STP_COLABLE_COF4 = YES]	
Inscrire le temps exact en secondes :	_____ SECONDES (MASK: MIN=1, MAX=120)
Merci. Cette tâche est terminée.	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT	

STP_13c	STP_COL_COMM_COF4	
[ASK IF STP_COL_COF4 = YES OR STP_COLRPT_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : AVEZ-VOUS DES COMMENTAIRES À FORMULER À PROPOS DE CE TEST?		
YES	1	_____
NO	2	Aucun commentaire

STP_END

Test oral contrôlé d'association de mots (FAS) – (visite régulière/à domicile/abrégee)

Aperçu	INTERVIEWEUR-SE : POUR LES MODULES SUR LA COGNITION SUIVANTS, RAPPELEZ-VOUS DE SUIVRE LE SCÉNARIO À LA LIGNE ET DE RESPECTER LES TEMPS ALLOUÉS.
---------------	--

Dans les prochaines tâches, nous allons vous demander de dire des mots à voix haute.

FAS_1	FAS_INSTRDY_COF4
[ALWAYS ASK]	
Je vais vous donner une lettre de l'alphabet. Puis, je veux que vous me donniez le plus de mots qui commencent par cette lettre, et ce, le plus rapidement possible. Par exemple, si je dis « b », vous pouvez me dire « bataille, bébé, bouteille... ». Je ne veux pas que vous me donniez des noms propres comme « Boston, Bernard, Benadryl... » Aussi, ne dites pas le même mot avec une terminaison différente comme « mange et mangeait ». Êtes-vous prêt-e à commencer?	
INTERVIEWEUR-SE : SI LE/LA PARTICIPANT-E N'EST PAS CERTAIN-E DE QUELLE LETTRE VOUS PARLEZ, ÉCRIVEZ LA LETTRE SUR UN PAPIER ET MONTREZ-LE AU/ À LA PARTICIPANT-E.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
[IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES SKIP TO FAS_FRECR_COF4, IF FAS_INSTRDY_COF4 = REFUSED SKIP TO FAS END]	

FAS_2	FAS_INSTRPT_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = NO OR DK_NA]	
SI LE/LA PARTICIPANT-E NE COMPREND PAS, RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS.	
Je vais vous donner une lettre de l'alphabet. Puis, je veux que vous me donniez le plus de mots qui commencent par cette lettre, et ce, le plus rapidement possible. Par exemple, si je dis « b », vous pouvez me dire « bataille, bébé, bouteille... ». Je ne veux pas que vous me donniez des noms propres comme « Boston, Bernard, Benadryl... » Aussi, ne dites pas le même mot avec une terminaison différente comme « mange et mangeait ». Êtes-vous prêt-e à commencer?	
INTERVIEWEUR-SE : SI LE/LA PARTICIPANT-E N'EST PAS CERTAIN-E DE QUELLE LETTRE VOUS PARLEZ, ÉCRIVEZ LA LETTRE SUR UN PAPIER ET MONTREZ-LE AU/À LA PARTICIPANT-E.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus
[IF FAS_INSTRPT_COF4 = YES SKIP TO FAS_FRECR_COF4, IF FAS_INSTRPT_COF4 = DK_NA OR REFUSED SKIP TO FAS END]	

FAS_2a	FAS_INSTFCTR_COF4	
[ASK IF FAS_INSTRPT_COF4 = NO]		
INTERVIEWEUR·SE : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du/de la répondant·e au test?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
[IF FAS_INSTFCTR_COF4 = NO SKIP TO FAS END]		

FAS_2b	FAS_INSTLST_COF4	
[ASK IF FAS_INSTFCTR_COF4 = YES]		
INTERVIEWEUR·SE : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
FAS_INSTUND_COF4	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
FAS_INSTPHYS_COF4	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
FAS_INSTDIST_COF4	03	Distraktion ou milieu bruyant
FAS_INSTCONC_COF4	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
FAS_INSTAID_COF4	05	Aide utilisée
FAS_INSTECH_COF4	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur ou le logiciel
FAS_INSTOTSP_COF4	97	Autre (veuillez préciser : _____)
[SKIP TO FAS END]		

FAS_3	FAS_FRECR_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT	
Commencez quand je vais dire la lettre. La première lettre est le « F ». Commencez.	
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE/LA PARTICIPANT·E A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E EST SILENCIEUX·SE PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, ENCOURAGEZ-LE EN DISANT « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » OU « Vous avez encore un peu de temps pour y penser. » NE PAS INTERROMPRE LE/LA PARTICIPANT·E S'IL/SI ELLE DONNE DE BONNES RÉPONSES. RÉPÉTEZ LES CONSIGNES ET LA LETTRE SEULEMENT SI LE/LA PARTICIPANT·E DEMANDE DES PRÉCISIONS. NE PAS AIDER LE/LA PARTICIPANT·E.	
RECORD	

FAS_3a	FAS_FCOMP_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
INTERVIEWEUR·SE : TEST TERMINÉ :	
YES	1 Oui
NO	2 Non
C'est bien, merci.	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT	

FAS_3b	FAS_FCOMP_COMM_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
INTERVIEWEUR·SE : AVEZ-VOUS DES COMMENTAIRES À FORMULER À PROPOS DE CE TEST?	
YES	1 _____
NO	2 Aucun commentaire

FAS_4	FAS_ARECR_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT	
Commencez quand je vais dire la lettre. La prochaine lettre est le « A ». Commencez.	
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE/LA PARTICIPANT·E A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E EST SILENCIEUX·SE PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, ENCOURAGEZ-LE EN DISANT : « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » OU « Vous avez encore un peu de temps pour y penser. »	
NE PAS INTERROMPRE LE/LA PARTICIPANT·E S'IL/SI ELLE DONNE DE BONNES RÉPONSES. RÉPÉTEZ LES CONSIGNES ET LA LETTRE SEULEMENT SI LE/LA PARTICIPANT·E DEMANDE DES PRÉCISIONS. NE PAS AIDER LE/LA PARTICIPANT·E.	
RECORD	

FAS_4a	FAS_ACOMP_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
INTERVIEWEUR·SE : TEST TERMINÉ :	
YES	1 Oui
NO	2 Non
C'est bien, merci.	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT	

FAS_4b	FAS_ACOMP_COMM_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
INTERVIEWEUR·SE : AVEZ-VOUS DES COMMENTAIRES À FORMULER À PROPOS DE CE TEST?	
YES	1 _____
NO	2 Aucun commentaire

FAS_5	FAS_SCRECR_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT	
Commencez quand je vais dire la lettre. La prochaine lettre est le « S ». Commencez.	
CONSIGNES POUR LE CHRONOMÈTRE : LE/LA PARTICIPANT·E A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E EST SILENCIEUX·SE PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTEAVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, ENCOURAGEZ-LE EN DISANT « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » OU « Vous avez encore un peu de temps pour y penser. » NE PAS INTERROMPRE LE/LA PARTICIPANT·E S'IL/SI ELLE DONNE DE BONNES RÉPONSES. RÉPÉTEZ LES CONSIGNES ET LA LETTRE SEULEMENT SI LE/LA PARTICIPANT·E DEMANDE DES PRÉCISIONS. NE PAS AIDER LE/LA PARTICIPANT·E.	
RECORD	

FAS_5a	FAS_SCOMP_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
INTERVIEWEUR·SE : TEST TERMINÉ :	
YES	1 Oui
NO	2 Non
C'est bien, merci.	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT	

FAS_5b	FAS_SCOMP_COMM_COF4
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF4 = YES OR FAS_INSTRPT_COF4 = YES]	
INTERVIEWEUR·SE : AVEZ-VOUS DES COMMENTAIRES À FORMULER À PROPOS DE CE TEST?	
YES	1 _____
NO	2 Aucun commentaire

FAS_END

Test de temps de réaction (CRT) – (visite régulière/abrégée)
Test par Sniffin' Sticks (SNFS) – (visite régulière)

Réseaux sociaux (SN) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Aperçu	<p>Le fonctionnement social permet de déceler les problèmes reliés à l'engagement continu du/de la participant·e dans sa vie, dont la caractéristique essentielle est l'interaction entre l'individu et la société. Les échanges entre les individus et la société contribuent au fonctionnement social et ceux-ci sont également facilités par les liens familiaux ou autres.</p> <p>Les informations recueillies par l'ÉLCV touchent à la fois les domaines structurels (réseau social, taille et fréquence de contact) et les domaines fonctionnels (perception du soutien reçu) du soutien social.</p>
---------------	--

Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur les personnes qui vivent dans votre logement et sur leur lien avec vous. Je vous demanderai aussi si vous avez des enfants et s'ils vivent actuellement avec vous.

SN_1	SN_LIVH_NB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Combien de personnes, autres que vous, vivent dans votre domicile?		
REMARQUE : LA PERSONNE N° 1 EST LE/LA RÉPONDANT·E, INSCRIRE SON SEXE ET SON ÂGE.		
_____ (MASK: MIN=0, MAX=9)		
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
a)	Quel lien la personne n° 2 a-t-elle avec vous (c'est-à-dire époux·se, parent, enfant, grand-parent, petit-enfant, etc.)?	
b)	Quel est le sexe de la personne n° 2?	
c)	Quel âge a la personne n° 2? (MASK: MIN=0, MAX=115)	
RÉPÉTEZ LA SÉQUENCE DE QUESTIONS POUR TOUS LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE.		

Membre du ménage (HM)		Lien		Sexe		Âge
HM#1	SN_LIVH_M1_R_COF4	Participant·e	SN_LIVH_M1_S_COF4		SN_LIVH_M1_A_COF4	
HM#2	SN_LIVH_M2_R_COF4		SN_LIVH_M2_S_COF4		SN_LIVH_M2_A_COF4	
HM#3	SN_LIVH_M3_R_COF4		SN_LIVH_M3_S_COF4		SN_LIVH_M3_A_COF4	
HM#4	SN_LIVH_M4_R_COF4		SN_LIVH_M4_S_COF4		SN_LIVH_M4_A_COF4	
HM#5	SN_LIVH_M5_R_COF4		SN_LIVH_M5_S_COF4		SN_LIVH_M5_A_COF4	
HM#6	SN_LIVH_M6_R_COF4		SN_LIVH_M6_S_COF4		SN_LIVH_M6_A_COF4	
HM#7	SN_LIVH_M7_R_COF4		SN_LIVH_M7_S_COF4		SN_LIVH_M7_A_COF4	
HM#8	SN_LIVH_M8_R_COF4		SN_LIVH_M8_S_COF4		SN_LIVH_M8_A_COF4	
HM#9	SN_LIVH_M9_R_COF4		SN_LIVH_M9_S_COF4		SN_LIVH_M9_A_COF4	
HM#10	SN_LIVH_M10_R_COF4		SN_LIVH_M10_S_COF4		SN_LIVH_M10_A_COF4	

SN_2	SN_DGHTRLIV2_NB_COF4
[ALWAYS ASK]	
S'il y a lieu, combien avez-vous de filles encore en vie (c'est-à-dire des filles biologiques, adoptées ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint·e)?	
	_____ (MASK: MIN=0, MAX=30)
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_3	SN_SONLIV2_NB_COF4
[ALWAYS ASK]	
S'il y a lieu, combien avez-vous de fils encore en vie (c'est-à-dire des fils biologiques, adoptés ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint·e)?	
	_____ (MASK: MIN=0, MAX=30)
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_4	SN_CHILDBIO_NB_COF4
[ASK IF (SN_DGHTRLIV2_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_DGHTRLIV2_NB_COF4 ≠ REFUSED) OR (SN_SONLIV2_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_SONLIV2_NB_COF4 ≠ REFUSED)]	
Combien de vos enfants encore en vie sont vos enfants biologiques?	
	_____ (MASK: MIN=0, MAX=30)
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_5	SN_CHILDADP_NB_COF4
[ASK IF (SN_DGHTRLIV2_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_DGHTRLIV2_NB_COF4 ≠ REFUSED) OR (SN_SONLIV2_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_SONLIV2_NB_COF4 ≠ REFUSED)]	
Combien de vos enfants encore en vie sont adopté·es?	
	_____ (MASK: MIN=0, MAX=30)
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_6	SN_CHILDSTP3_NB_COF4
[ASK IF (SN_DGHTRLIV2_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_DGHTRLIV2_NB_COF4 ≠ REFUSED) OR (SN_SONLIV2_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_SONLIV2_NB_COF4 ≠ REFUSED)]	
Combien de vos enfants encore en vie proviennent d'une union précédente de votre conjoint·e?	
	_____ (MASK: MIN=0, MAX=30)
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_7	SN_SEECHILD_COF4	
[ASK IF (SN_DGHTRLIV2_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_DGHTRLIV2_NB_COF4 ≠ REFUSED) OR (SN_SONLIV2_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_SONLIV2_NB_COF4 ≠ REFUSED)]		
Quand vous êtes-vous réuni·es pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos enfants vivant à l'extérieur de votre domicile?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
NA_CHILD_IN_HOUSEHOLD	7	Sans objet, tous les enfants vivent dans le domicile
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SN_8	SN_SIBLIV_NB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
S'il y a lieu, combien avez-vous de frères et sœurs encore en vie?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	(MASK: MIN=0, MAX=50)	
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

SN_9	SN_SEESIB_COF4	
[ASK IF SN_SIBLIV_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_SIBLIV_NB_COF4 ≠ REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réuni-es pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos frères et sœurs vivant à l'extérieur de votre domicile?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
NA_SIB_IN_HOUSEHOLD	7	Sans objet, tous les frères et sœurs vivent dans le domicile
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SN_10	SN_RELLIV_NB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Environ combien d'autres membres toujours vivants votre famille compte-t-elle (parents, grands-parents, petits-enfants, nièces, neveux, cousin-es, tantes, oncles)?		
REMARQUE : CETTE QUESTION INCLUT LA BELLE-FAMILLE DU/DE LA PARTICIPANT-E, C.-À-D. LE BEAU-PÈRE, LA BELLE-MÈRE, LA BELLE-SŒUR, LE BEAU-FRÈRE (N'INCLUT PAS LES PARENTS DU BEAU-PÈRE OU DE LA BELLE-MÈRE, N'INCLUT PAS L'ÉPOUX-SE OU LES ENFANTS DU BEAU-FRÈRE OU DE LA BELLE-SŒUR).		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT-E N'EST PAS CERTAIN-E DU NOMBRE EXACT.		
	(MASK: MIN=0, MAX=100)	
DK_NA	998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	[NE PAS LIRE] Refus

SN_11	SN_SEEREL_COF4	
[ASK IF SN_RELLIV_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_RELLIV_NB_COF4 ≠ REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réuni·es pour la dernière fois avec un ou plusieurs des autres membres de votre famille vivant à l'extérieur de votre domicile?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
NA_REL_IN_HOUSEHOLD	7	Sans objet, tous les membres de la famille vivent dans le domicile
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SN_12	SN_FRND_NB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À l'exception des membres de votre famille, combien de personnes comptez-vous parmi vos ami·es proches, c'est-à-dire des personnes à qui vous pouvez vous confier et avec qui vous pouvez parler de sujets personnels?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
		(MASK: MIN=0, MAX=90)
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

SN_13	SN_SEEFRND_COF4	
[ASK IF SN_FRND_NB_COF4 ≠ 0 AND SN_FRND_NB_COF4 ≠ REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réuni·es pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos ami·es proches vivant à l'extérieur de votre domicile?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
NA_FRND_IN_HOUSEHOLD	7	Sans objet, aucun·e ami·e ne vit à l'extérieur du domicile
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SN_14	SN_SEENEIBR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Quand vous êtes-vous réuni·es pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos voisin·es?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	1	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	2	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	3	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	4	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	5	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	6	Il y a plus d'un an
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SN_END

Soutien social – Disponibilité (SSA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Aperçu	<p>La capacité des personnes à demander du soutien lorsqu'elles en ont besoin est un élément important de la santé générale. Par exemple, le fait d'avoir une personne pour vous amener à un rendez-vous médical peut signifier que vous avez plus de chance d'obtenir les soins dont vous avez besoin.</p> <p>Ce module comprend une série de questions détaillées sur la disponibilité du soutien social. Les réponses à ces questions seront combinées afin de déterminer la probabilité qu'a le/la participant·e de recevoir du soutien social.</p> <p>Les résultats obtenus par ce module seront essentiels à l'identification des groupes sociaux qui manquent le plus de soutien social.</p>
---------------	---

Voici maintenant quelques questions concernant le soutien auquel vous avez accès.

Nous nous tournons parfois vers les autres pour avoir de la compagnie, de l'aide ou une autre forme de soutien. Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin?
LIRE LA LISTE D'ÉNONCÉS, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ

SSA_1	SSA_CONFBD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_2	SSA_NDTLK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_3	SSA_CRISIS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous conseille en situation de crise?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_4	SSA_TYTDR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous accompagner chez le/la médecin si vous en avez besoin?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_5	SSA_SHLOV_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_6	SSA_GOODT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui partager du bon temps?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_7	SSA_INFO_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_8	SSA_CONFID_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_9	SSA_HUGS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous serrer dans ses bras?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_10	SSA_RELAX_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui vous détendre?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_11	SSA_MEALS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_12	SSA_ADVCE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_13	SSA_MINDOFF_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui faire des activités pour vous distraire?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_14	SSA_CHORES_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_15	SSA_SHFEAR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_16	SSA_SUGG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_17	SSA_ENJOY_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui faire des choses agréables?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_18	SSA_PROBLM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui comprend vos problèmes?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_19	SSA_LOVU_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désiré·e?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE_TIME	1	Jamais
LITTLE_TIME	2	Rarement
SOME_TIME	3	Parfois
MOST_TIME	4	La plupart du temps
ALL_TIME	5	Tout le temps
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_20	SSA_PET_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous un animal de compagnie?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_END

Participation sociale (SPA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Aperçu	<p>Ce module recueille de l'information sur le type et la quantité des différentes activités sociales auxquelles le/la participant·e prend part, dont les activités sportives ou religieuses, ainsi que sur les facteurs pouvant limiter cette participation.</p> <p>Les données recueillies montreront le degré de participation à des activités sociales de la population canadienne vieillissante et mettront en lumière les raisons qui, selon les participant·es, pourraient limiter leur participation à ces activités.</p>
---------------	---

Les questions qui suivent portent sur vos activités sociales.

SPA_1	SPA_SOAC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Lesquels de ces énoncés s'appliquent à vous?		
REMARQUE : LE CHOIX DE RÉPONSE N^o 1 - « JE LIS UN JOURNAL / QUOTIDIEN » INCLUT LES SITUATIONS OÙ LE/LA PARTICIPANT·E NE LIT QUE L'ÉDITION DU SAMEDI D'UN QUOTIDIEN.		
LIRE CHAQUE ÉNONCÉ. RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SPA_SOAC_RNP_COF4	01	Je lis un journal / quotidien (papier ou en ligne)
SPA_SOAC_HY_COF4	02	J'ai un hobby ou un passe-temps
SPA_SOAC_HIC_COF4	03	J'ai pris des vacances au Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_HOC_COF4	04	J'ai pris des vacances à l'extérieur du Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_DT_COF4	05	J'ai fait une excursion d'une journée ou une sortie dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_INT_COF4	06	J'utilise Internet ou un courriel
SPA_SOAC_VOT_COF4	07	J'ai voté lors des dernières élections fédérales, provinciales ou municipales
SPA_SOAC_NONE_COF4	96	Aucun de ces énoncés ne s'applique à moi
SPA_SOAC_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
SPA_SOAC_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

Activités communautaires

Les questions qui suivent portent sur des activités communautaires auxquelles vous avez pu participer au cours des 12 derniers mois.

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous participé à : **LIRE LA LISTE D'ACTIVITÉS, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ACTIVITÉ**

SPA_2	SPA_OUTS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités familiales ou avec des ami-es à l'extérieur du ménage?		
LIRE SI NÉCESSAIRE – PAR EXEMPLE : DES ACTIVITÉS INFORMELLES ET FORMELLES COMME DES PETITES RENCONTRES SOCIALES, REPAS À L'EXTÉRIEUR DU MÉNAGE, MARIAGES OU RÉUNIONS.		
INTERVIEWEUR-SE : LES ACTIVITÉS DOIVENT AVOIR LIEU « DANS LA VRAIE VIE » ET À L'EXTÉRIEUR DU DOMICILE, PLUTÔT QU'EN LIGNE.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_3	SPA_CHRCH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités à l'église ou religieuses comme des services, des comités ou des chœurs?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_4	SPA_SPORT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Des sports ou des activités physiques que vous pratiquez avec d'autres personnes?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_5	SPA_EDUC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités éducatives et culturelles auxquelles participent d'autres personnes, comme assister à des cours, à des concerts, à des pièces de théâtre ou aller au musée?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_6	SPA_CLUB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités organisées par un club social ou une société d'aide mutuelle?		
LIRE SI NÉCESSAIRE – PAR EXEMPLE : CLUB LION, CHEVALIERS DE COLOMB, CLUB KIWANIS, LA LÉGION, LES FILLES D'ISABELLE, CLUB D'ÂGE D'OR, ETC.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_7	SPA_NEIBR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités d'une association communautaire, de quartier ou d'une association professionnelle?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_8	SPA_VOLUN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Des activités bénévoles ou de bienfaisance?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_9	SPA_OTACT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Toute autre activité récréative à laquelle d'autres personnes participent comme les passe-temps, le jardinage, le poker, le bridge, les jeux de cartes et d'autres jeux?		
INTERVIEWEUR·SE : LES ACTIVITÉS DOIVENT AVOIR LIEU « DANS LA VRAIE VIE » ET À L'EXTÉRIEUR DU DOMICILE, PLUTÔT QU'EN LIGNE.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ONCE_DAY	1	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	2	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	3	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	4	Au moins une fois par an
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_10	SPA_MORAC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu envie de participer davantage à des activités sociales, récréatives ou de groupe?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_11	SPA_PREVAC_COF4	
[ASK IF SPA_MORAC_COF4 = YES]		
Qu'est-ce qui vous a empêché·e de participer à plus d'activités sociales, récréatives ou de groupe?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SPA_PREVAC_CO_COF4	01	Coût
SPA_PREVAC_TP_COF4	02	Problèmes de transport
SPA_PREVAC_ANA_COF4	03	Activités non disponibles dans la région
SPA_PREVAC_LNA_COF4	04	Endroit physiquement inaccessible
SPA_PREVAC_TF_COF4	05	Endroit trop éloigné
SPA_PREVAC_HC_COF4	06	Problème de santé
SPA_PREVAC_TI_COF4	07	Horaire des activités ne convient pas
SPA_PREVAC_GA_COF4	08	Ne veut pas y aller seul·e
SPA_PREVAC_PR_COF4	09	Responsabilités personnelles ou familiales
SPA_PREVAC_LRR_COF4	10	Raisons liées à la langue
SPA_PREVAC_TB_COF4	11	Trop occupé·e
SPA_PREVAC_AF_COF4	12	Crainte ou préoccupation concernant la sécurité
SPA_PREVAC_GR_COF4	13	Deuil
SPA_PREVAC_WH_COF4	14	Conditions météorologiques
SPA_PREVAC_MO_COF4	15	Manque de motivation, d'organisation ou d'information
SPA_PREVAC_RL_COF4	16	Déménagement ou voyage
SPA_PREVAC_ANS_COF4	17	Activités inintéressantes / non convenables
SPA_PREVAC_SC_COF4	18	Barrières sociales (rejet, gêne, intimidation, etc.)
SPA_PREVAC_PH_COF4	19	Mesures de santé publique / COVID
SPA_PREVAC_OTSP_COF4	97	Autre : _____
SPA_PREVAC_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
SPA_PREVAC_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

Cohésion sociale – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

SPA_12	SPA_COHES_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est...		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_STRONG	1	Très fort
SOMEWHAT_STRONG	2	Plutôt fort
SOMEWHAT_WEAK	3	Plutôt faible
VERY_WEAK	4	Très faible
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_END

Trouble d'anxiété généralisée (GAD) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. Arch Intern Med. 2006 May 22;166(10):1092-7

Aperçu	<p>Les questions de ce module proviennent du test GAD-7 qui mesure combien la personne a été dérangée par un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension, par l'impossibilité d'arrêter de s'inquiéter ou de contrôler ses inquiétudes, par des inquiétudes excessives à propos de tout et de rien, par de la difficulté à se détendre, par une agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille, en devenant facilement contrarié·e ou irritable, et en ayant peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver.</p> <p>Importance du module : Le trouble d'anxiété généralisée interfère avec le fonctionnement quotidien, y compris le travail ou l'école, les activités sociales et les relations avec d'autres personnes. Il augmente également le risque de toxicomanie et de troubles de l'alimentation.</p>
---------------	---

Nous allons vous poser plusieurs questions générales sur votre santé mentale au fil de l'entrevue d'aujourd'hui. Certaines de ces questions peuvent vous paraître semblables, mais elles s'intéressent à des aspects légèrement différents de la santé qui sont tous essentiels pour déterminer le bien-être général de nos participant·es. Veuillez faire de votre mieux pour répondre à ces questions sans tenir compte de vos réponses aux questions précédentes.

GAD_1							
[ALWAYS ASK]							
Au cours des <u>deux dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été dérangé·e par les problèmes suivants?							
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR QUESTION							
		Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours	**NSP / PR	**RF
		NOT AT ALL	SEVERAL DAYS	MORE THAN HALF THE DAYS	NEARLY EVERY DAY	DK_NA	RF
		0	1	2	3	8	9
GAD_NERV_COF4	Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension						
GAD_STPWOR_COF4	Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes						
GAD_WORRTO_COF4	Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien						
GAD_RELAX_COF4	Difficulté à se détendre						

		Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours	**NSP / PR	**RF
		NOT AT ALL	SEVERAL DAYS	MORE THAN HALF THE DAYS	NEARLY EVERY DAY	DK_NA	RF
		0	1	2	3	8	9
GAD_RESTLS_COF4	Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille						
GAD_ANNOY_COF4	Devenir facilement contrarié-e ou irritable						
GAD_AFRAID_COF4	Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver						

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

GAD_TOTAL_COF4 = GAD_NERV_COF4 + GAD_STPWOR_COF4 + GAD_WORRTO_COF4 + GAD_RELAX_COF4 + GAD_RESTLS_COF4 + GAD_ANNOY_COF4 + GAD_AFRAID_COF4

GAD_2	GAD_TOTAL2_COF4	
[ASK IF GAD_TOTAL_COF4 ≥ 1]		
Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NOT_DIFFICULT	1	Pas du tout difficile(s)
SOMEWHAT_DIFFICULT	2	Plutôt difficile(s)
VERY_DIFFICULT	3	Très difficile(s)
EXTREMELY_DIFFICULT	4	Extrêmement difficile(s)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

GAD_END

SALLE DE MESURES 2

Test minuté de marche sur 4 mètres – (visite régulière/abrégée)

Test « Up and Go » minuté – (visite régulière/abrégée)

Mesurer l'équilibre debout – (visite régulière/abrégée)

Test « se lever d'une chaise » – (visite régulière/abrégée)

Vision – Acuité visuelle – (visite régulière/abrégée)

Vision – Tonométrie – (visite régulière/abrégée)

**Vision – Caméra rétinienne, tomographie par cohérence optique (OCT) –
Droit – (visite régulière/abrégée)**

Risque nutritionnel (NUR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Le SCREEN™ assessment tool est la propriété de la Dre Heather Keller. L'utilisation de cet instrument a été accordée sous licence par l'Université de Guelph. Ce module est une modification de l'instrument SCREEN© (Abbreviated version of SCREEN II©) développé par la Dre Heather Keller (University of Guelph, Ontario, Canada).

Aperçu	<p>Ce module présente une adaptation de l'outil de dépistage appelé <i>le Seniors in the Community : Risk Evaluation for Eating and Nutrition (SCREEN II)</i>. Les questions portent sur la variation de poids, les habitudes alimentaires, les difficultés lors de l'alimentation, la consommation de fruits, de légumes et de liquides, ainsi que la satisfaction à l'égard des repas. De plus, d'autres questions portent sur la fréquence de consommation de plats dans des chaînes de restauration rapide ou de café et de thé, ainsi que sur la sécurité alimentaire.</p> <p>Importance du module : Les données de ce module pourront être utilisées pour estimer la prévalence du risque nutritionnel. Le risque nutritionnel est un indicateur de la fragilité et est associé à une moins bonne résistance aux infections, à un risque plus élevé de chutes, à une plus grande utilisation des services de soins de santé et à une plus grande dépendance.</p>
---------------	---

Les prochaines questions portent sur votre poids et vos habitudes alimentaires au cours d'une journée typique.

NUR_1	NUR_GLSWT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Comparativement à il y a six mois, avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé à peu près le même poids?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
GAINED	1	Pris du poids
LOST	2	Perdu du poids
SAME	3	Gardé à peu près le même poids
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_2a	NUR_WTL_COF4	
[ASK IF NUR_GLSWT_COF4 = LOST]		
Quelle a été votre PERTE de poids au cours des <u>derniers six mois</u> ?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_10_LB	1	Plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos)
6_10_LB	2	De six à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kilos)
ABOUT_5_LB	3	Environ cinq livres (environ 2,3 kilos)
LESS_5_LB	4	Moins de cinq livres (moins de 2,3 kilos)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_2b	NUR_WTG_COF4	
[ASK IF NUR_GLSWT_COF4 = GAINED]		
Quel a été votre GAIN de poids au cours des <u>derniers six mois</u> ?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_10_LB	1	Plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos)
6_10_LB	2	De six à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kilos)
ABOUT_5_LB	3	Environ cinq livres (environ 2,3 kilos)
LESS_5_LB	4	Moins de cinq livres (moins de 2,3 kilos)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_3	NUR_SKPMLS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, à quelle fréquence sautez-vous des repas?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST_EVERY_DAY	1	Presque tous les jours
OFTEN	2	Souvent
SOMETIMES	3	Parfois
RARELY	4	Rarement
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_4	NUR_APPTT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, comment décririez-vous votre appétit? Diriez-vous qu'il est...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_GOOD	1	Très bon
GOOD	2	Bon
FAIR	3	Passable
POOR	4	Peu d'appétit
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_5	NUR_SWLLFD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, à quelle fréquence toussiez-vous, vous étouffiez-vous ou éprouvez-vous de la douleur en avalant de la nourriture ou des liquides? Diriez-vous...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	1	Souvent
SOMETIMES	2	Parfois
RARELY	3	Rarement
NEVER	4	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_6	NUR_FRTVEG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, combien de portions de fruits et de légumes mangez-vous chaque jour?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : LES FRUITS ET LES LÉGUMES PEUVENT ÊTRE EN CONSERVE, FRAIS, SURGELÉS OU EN JUS NATUREL À 100 %. UNE PORTION REPRÉSENTE : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE LÉGUMES ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE LÉGUMES FEUILLUS CUITS ▪ 250 ml (1 tasse) DE LÉGUMES FEUILLUS CRUS ▪ UN FRUIT OU 125 ml (1/2 tasse) DE FRUITS SURGELÉS OU EN CONSERVE OU 125 ml (1/2 tasse) DE JUS NATUREL À 100 % ▪ JUS NATUREL 		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SEVEN_OR_MORE	1	Sept ou plus
SIX	2	Six
FIVE	3	Cinq
FOUR	4	Quatre
THREE	5	Trois
TWO	6	Deux
LESS_TWO	7	Moins de deux
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_7	NUR_DRKFLD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Quelle quantité de liquide buvez-vous en une journée?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : COMPREND L'EAU, LE THÉ, LE CAFÉ, LES BREUVAGES AUX HERBES, LES JUS NATURELS À 100 %, LES BOISSONS À SAVEUR DE FRUITS, LE LAIT ET LES BOISSONS GAZEUSES, À L'EXCLUSION DE L'ALCOOL. UNE TASSE REPRÉSENTE 8 ONCES OU 250 ML.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EIGHT_OR_MORE	1	Huit tasses ou plus
FIVE_SEVEN	2	Cinq à sept tasses
THREE_FOUR	3	Trois ou quatre tasses
TWO	4	Environ deux tasses
LESS_TWO	5	Moins de deux tasses
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_8	NUR_MLSMN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence prenez-vous au moins un repas chaque jour en compagnie d'une autre personne?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST_EVERY_DAY	1	Presque toujours
OFTEN	2	Souvent
SOMETIMES	3	Parfois
RARELY	4	Rarement
NEVER	5	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_9	NUR_CKMEALS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Cuisinez-vous habituellement vos propres repas?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_10	NUR_MLPREP_COF4	
[ASK IF NUR_CKMEALS_COF4 = YES]		
Quelle affirmation correspond le mieux à votre attitude face à la préparation de vos repas?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ENJOY_COOKING	1	J'aime cuisiner la plupart de mes repas
SOMETIMES_COOKING_CHORE	2	Parfois, cuisiner est un fardeau pour moi
USUALLY_COOKING_CHORE	3	Cuisiner est habituellement un fardeau pour moi
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_11	NUR_MLPREP_OTH_COF4	
[ASK IF NUR_CKMEALS_COF4 = NO]		
Quelle affirmation correspond le mieux à votre attitude face aux repas préparés pour vous?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR·SE : COMPREND LES MEMBRES DE LA FAMILLE, LES AMI·ES ET LES SERVICES DE REPAS PRÉPARÉS.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SATISFIED	1	Je suis <u>satisfait·e</u> de la qualité des repas préparés par d'autres
NOT_SATISFIED	2	Je ne suis <u>pas satisfait·e</u> de la qualité des repas préparés par d'autres
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Consommation de plats préparés en restauration rapide

NUR_12	NUR_FASTFD_NB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous mangé dans des chaînes de restauration rapide que ce soit sur place, des plats à emporter ou livrés à la maison?		
REMARQUE : LE TERME « RESTAURATION RAPIDE » RÉFÈRE À DES RESTAURANTS COMME MCDONALD'S, PFK, BURGER KING, ETC. OÙ LA NOURRITURE EST COMMANDÉE À UN COMPTOIR ET SERVIE SUR UN CABARET OU POUR EMPORTER. LE TERME NE RENVOIE PAS À D'AUTRES TYPES DE RESTAURANTS.		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	(MASK: MIN=0, MAX=50)	
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

Sécurité alimentaire

NUR_13	NUR_NOTENFD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de manger moins que vous l'auriez souhaité parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour acheter de la nourriture?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Consommation de café et de thé

NUR_14a-NUR_14e		
[ALWAYS ASK]		
Pour chacun des breuvages suivants, combien de tasses buvez-vous chaque jour? Une tasse équivaut à 8 onces ou 250 ml.		
LIRE CHAQUE BREUVAGE, TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT DE TASSES PAR JOUR POUR CHAQUE BREUVAGE		
NUR_RCOFF_NB_COF4	Café régulier	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus
NUR_DCOFF_NB_COF4	Café décaféiné	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus
NUR_BTEA_NB_COF4	Thé noir	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus
NUR_GTEA_NB_COF4	Thé vert	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus
NUR_OTEA_NB_COF4	Autre thé	_____ (MASK: MIN=0, MAX=10)
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus

Consommation d'aliments

Nous aimerions maintenant savoir à quelle heure a lieu habituellement votre première et dernière consommation de nourriture de la journée.

NUR_15	NUR_FRSTFD_COF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle heure consommez-vous habituellement votre premier aliment de la journée, incluant les boissons, mais à l'exception d'un verre d'eau ou d'un thé sans sucre?	
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
BEFORE_5	1 Avant 5 h AM
BETWEEN_5_AND_6	2 Entre 5 h et 6 h AM
BETWEEN_6_AND_7	3 Entre 6 h et 7 h AM
BETWEEN_7_AND_8	4 Entre 7 h et 8 h AM
BETWEEN_8_AND_9	5 Entre 8 h et 9 h AM
BETWEEN_9_AND_10	6 Entre 9 h et 10 h AM
AFTER_10	7 Après 10 h AM
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

NUR_16	NUR_LSTFD_COF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle heure consommez-vous habituellement votre dernier aliment de la journée, incluant les boissons, mais à l'exception d'un verre d'eau ou d'un thé sans sucre?	
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
BEFORE_6	1 Avant 6 h PM
BETWEEN_6_AND_7	2 Entre 6 h et 7 h PM
BETWEEN_7_AND_8	3 Entre 7 h et 8 h PM
BETWEEN_8_AND_9	4 Entre 8 h et 9 h PM
BETWEEN_9_AND_10	5 Entre 9 h et 10 h PM
BETWEEN_10_AND_11	6 Entre 10 h et 11 h PM
AFTER_11	7 Après 11 h PM
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

NUR_17	NUR_MLTIM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Si vous pensez au moment où vous prenez vos repas principaux, est-ce que vous suivez un horaire régulier?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EVERY_DAY	1	Je mange chaque repas à peu près à la même heure tous les jours (plus ou moins 15 minutes de différence)
ON_MOST_DAYS	2	Je mange mes repas à peu près à la même heure la plupart des jours, mais pas tous les jours (1 à 2 jours à des heures irrégulières)
NOT_MANY_DAYS	3	Je mange mes repas à peu près à la même heure certains jours, mais pas la plupart des jours (plus de 3 jours à des heures irrégulières)
IRREGULAR	4	Je ne mange pas mes repas selon un horaire régulier (tous les jours à des heures irrégulières)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_END

Douleurs et malaises (HUP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Aperçu	<p>Ce module contient trois questions qui portent sur la douleur et les malaises.</p> <p>Importance du module : Savoir si le/la participant·e éprouve de la douleur ou des malaises. Ce module évalue également l'impact de la douleur et des malaises sur la qualité de vie du/de la participant·e.</p>
---------------	---

Les prochaines questions portent sur la douleur et les malaises que certaines personnes peuvent éprouver dans leur vie quotidienne.

HUP_1	HUP_FREE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HUP_2	HUP_INTNSTY_COF4	
[ASK IF HUP_FREE_COF4 = NO]		
Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement? Diriez-vous qu'elle est faible, moyenne ou forte?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MILD	1	Faible
MODERATE	2	Moyenne
SEVERE	3	Forte
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HUP_3	HUP_PRVACT_COF4	
[ASK IF HUP_FREE_COF4 = NO]		
Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire? Diriez-vous aucune, quelques-unes, plusieurs ou la plupart?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE	1	Aucune
A_FEW	2	Quelques-unes
SOME	3	Plusieurs
MOST	4	La plupart
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HUP_END

Vision (VIS) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Aperçu	Le but de ces questions est de déterminer combien de personnes peuvent voir avec et sans lunettes ou lentilles cornéennes.
---------------	--

Maintenant, je vais vous poser quelques questions à propos de votre vision...

VIS_1	VIS_SGHT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Diriez-vous que votre vision (avec vos lunettes ou verres de contact si vous en utilisez) est...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise ou nulle (nulle = aveugle)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

VIS_2	VIS_AID_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Mis à part les lunettes ou les verres de contact, est-ce que vous utilisez des aides ou des appareils spécialisés pour les personnes aveugles ou ayant une déficience visuelle, par exemple, des loupes ou du matériel de lecture en braille?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

VIS_3	VIS_USE_COF4	
[ASK IF VIS_AID_COF4 = YES]		
Est-ce que vous utilisez actuellement...		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
VIS_USE_MG_COF4	01	Des loupes
VIS_USE_BR_COF4	02	Du matériel de lecture en braille
VIS_USE_LG_COF4	03	Du matériel de lecture en gros caractères
VIS_USE_TK_COF4	04	Des livres parlants
VIS_USE_RC_COF4	05	Du matériel d'enregistrement ou appareil portable de prise de notes
VIS_USE_CC_COF4	06	Une télévisionneuse en circuit fermé
VIS_USE_CP_COF4	07	Un lecteur de livres numériques, un ordinateur avec braille, reconnaissance vocale ou grossissement de l'affichage
VIS_USE_CN_COF4	08	Une canne blanche
VIS_USE_DG_COF4	09	Un chien-guide
VIS_USE_OTSP_COF4	97	Une autre aide, précisez : _____
VIS_USE_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
VIS_USE_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

VIS_END

Audition (HRG) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Aperçu	Le but de ces questions est de déterminer combien de personnes ont de la difficulté à entendre avec ou sans appareil auditif.
---------------	---

HRG_1	HRG_HRG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Diriez-vous que votre audition (avec votre appareil auditif si vous en utilisez un) est...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise ou nulle (nulle = sourd·e)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HRG_2	HRG_NOIS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à suivre une conversation si vous êtes en présence de bruits ambiants tels que la télévision, la radio ou des enfants qui jouent même si vous utilisez votre appareil auditif?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HRG_3	HRG_AID_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Est-ce que vous utilisez des aides, appareils ou services spécialisés destinés aux personnes sourdes ou malentendantes, par exemple, un appareil auditif, un téléphone à volume réglable ou un décodeur?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HRG_4	HRG_USE_COF4	
[ASK IF HRG_AID_COF4 = YES]		
Est-ce que vous utilisez actuellement...		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HRG_USE_AID_COF4	01	Un appareil auditif
HRG_USE_CP_COF4	02	Un ordinateur pour communiquer (p. ex., courriel ou groupe de discussion)
HRG_USE_VL_COF4	03	Un téléphone à volume réglable
HRG_USE_TTY_COF4	04	Un télécopieur ou un appareil de télécommunication pour sourd·es et malentendant·es (ATS ou ATME)
HRG_USE_MSG_COF4	05	Un service de relais des appels
HRG_USE_PH_COF4	06	D'autres appareils adaptés au téléphone (p. ex., clignotants, écouteurs)
HRG_USE_CC_COF4	07	Un décodeur de sous-titrage intégré ou non à un téléviseur
HRG_USE_AP_COF4	08	Un système d'amplification (p. ex., M.F., acoustique ou infrarouge, écouteurs)
HRG_USE_VS_COF4	09	Des alarmes visuelles ou vibrantes
HRG_USE_CO_COF4	10	Un implant cochléaire
HRG_USE_OTSP_COF4	97	Une autre aide, précisez : _____
HRG_USE_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
HRG_USE_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

HRG_END

Questionnaire de dépistage d'un problème auditif chez les personnes âgées – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

HRG_PROB_COF4						
[ALWAYS ASK]						
Pour les questions suivantes, répondez « Oui », « Quelques fois » ou « Non ».						
INTERVIEWEUR·SE : SI UN·E PARTICIPANT·E PORTE UN APPAREIL AUDITIF, LES QUESTIONS CONCERNENT SES CAPACITÉS AUDITIVES LORSQU'IL/ELLE LE PORTE.						
		Oui	Quelques fois	Non	**NSP / PR	**RF
		YES	SOMETIMES	NO	DK_NA	RF
		4	2	0	98	99
HRG_PROB_EMBA_COF4	Quand vous rencontrez de nouvelles personnes, vous sentez-vous mal à l'aise à cause d'un problème d'audition?					
HRG_PROB_FRST_COF4	Quand vous parlez aux membres de votre famille, vous sentez-vous frustré·e à cause d'un problème d'audition?					
HRG_PROB_DIFF_COF4	Avez-vous de la difficulté à entendre quand quelqu'un parle à voix basse?					
HRG_PROB_HACP_COF4	Vous sentez-vous handicapé·e par un problème d'audition?					
HRG_PROB_VIST_COF4	Quand vous visitez des ami·es, des parents ou des voisin·es, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?					
HRG_PROB_MEET_COF4	Assistez-vous moins souvent que vous le voudriez à des réunions, à des rencontres ou à des offices religieux à cause d'un problème d'audition?					
HRG_PROB_ARGU_COF4	Vous arrive-t-il de vous disputer avec des membres de votre famille à cause d'un problème d'audition?					
HRG_PROB_LSTN_COF4	Quand vous écoutez la télévision ou la radio, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?					
HRG_PROB_LIFE_COF4	Avez-vous l'impression qu'une difficulté d'audition limite ou gêne votre vie personnelle ou sociale?					
HRG_PROB_FRND_COF4	Quand vous êtes au restaurant avec des parents ou des ami·es, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?					

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

HRG_END

Échelle de résilience (RES) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Tous droits réservés. La reproduction ou la transmission du présent ouvrage, en totalité ou en partie, sous quelque forme ou par quelque procédé que ce soit, électronique ou mécanique, y compris en le photocopiant, ou par l'entremise d'un système de stockage ou de récupération de données est interdite sans l'autorisation écrite du Dr Davidson, mail@cd-risc.com. De plus amples informations sur l'échelle et les conditions d'utilisation peuvent être trouvées au www.cd-risc.com. Copyright © 2001, 2018, Kathryn M. Connor, M.D., et Jonathan R.T. Davidson, M.D. Cette version de l'échelle a été réalisée sur commande par Laura Campbell-Sills, Ph. D. et Murray B. Stein, M. D. Traduction/rétrotraduction : Chaudieu I, Norton J, Gandubert C, Plante V, Ritchie K. Inserm E361, Montpellier, France. Traduction et adaptation pour la population franco-canadienne par Hébert, M., Parent, N., & Simard, C. (2014). UQAM, Montréal, Québec, Canada.

Cet instrument a été retiré en raison d'exigences en matière de droits d'auteur.

RES_END

Vision – caméra rétinienne, tomographie par cohérence optique (OCT) – gauche – (visite régulière/abrégée)

Force de préhension de la main – (visite régulière/à domicile/abrégée)

SALLE D'ENTREVUE 2

Vision – Sensibilité aux contrastes – (visite régulière)

Problèmes de santé chroniques (CCC)

<p>Aperçu</p>	<p>Ce module porte sur les problèmes de santé à long terme diagnostiqués par un·e professionnel·le de la santé et qui pourraient durer, ou qui ont déjà duré 6 mois ou plus.</p> <p>Les renseignements recueillis dans ce module pourront être utilisés pour estimer le nombre de Canadien·nes atteint·es de maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies du cœur ou la maladie de Parkinson.</p> <p>En combinant ces renseignements avec ceux d'autres modules, les scientifiques pourront étudier la relation entre les problèmes de santé chroniques et d'autres variables comme l'utilisation des services de soins de santé ou le niveau d'activités physiques.</p>
----------------------	--

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur des problèmes de santé chroniques que vous pourriez avoir. Nous nous intéressons aux « problèmes à long terme » qui pourraient durer ou qui ont déjà duré 6 mois ou plus et qui **ont été diagnostiqués par un·e professionnel·le de la santé.**

PROGRAMMING NOTE:

CCC_xxxx_PAST is a combination of responses to the two latest consecutive participant interviews (allowing for wave skips)

Skips defined as question not answered or answered REFUSED or DK_NA.

For example:

(CCC_xxxx_COF3 = YES AND (CCC_xxxx_COF2 = YES))

OR

(CCC_xxxx_COF3 = YES CCC_xxxx_COF2 = Skipped AND CCC_xxxx_COF1 = YES)

OR

(CCC_xxxx_COF3 = YES CCC_xxxx_COF2 = Skipped AND CCC_xxxx_COF1 = Skipped AND CCC_xxxx_COM =- YES)

OR

(CCC_xxxx_COF3 = Skipped AND CCC_xxxx_COF2 = YES AND CCC_xxxx_COF1 = YES)

OR

(CCC_xxxx_COF3 = Skipped AND CCC_xxxx_COF2 = YES AND CCC_xxxx_COF1 = Skipped AND CCC_xxxx_COM = YES)

OR

(CCC_xxxx_COF3 = Skipped AND CCC_xxxx_COF2 = Skipped AND CCC_xxxx_COF1 = YES AND CCC_xxxx_COM = YES)

Cardiaque/cardiovasculaire – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

CCC_1	CCC_HEART_COF4	
[ASK IF CCC_HEART_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)?		
REMARQUE : L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE EST UNE MALADIE DU CŒUR QUI SURVIENT LORSQUE LE CŒUR NE PEUT PLUS POMPER ASSEZ DE SANG AU CORPS.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_1a	CCC_HEARTAGE_COF4	
[ASK IF CCC_HEART_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_1b	CCC_HEARTCHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_HEART_COF4 = NO AND CCC_HEART_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_2	CCC_PAD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes?		
REMARQUE : LA MALADIE ARTÉRIELLE PÉRIPHÉRIQUE EST UN PROBLÈME CIRCULATOIRE COURANT QUI SE PRODUIT LORSQUE DES ARTÈRES RÉTRÉCIES RÉDUISENT LA CIRCULATION SANGUINE JUSQU'AUX MEMBRES. CELA N'INCLUT PAS LES MALADIES VEINEUSES COMME LA THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE (TVP), LES VARICES ET L'INSUFFISANCE VEINEUSE CHRONIQUE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_2a	CCC_PADAGE_COF4	
[ASK IF CCC_PAD_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_2c	CCC_PADCHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_PAD_COF4 = NO AND CCC_PAD_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez une maladie artérielle périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Neurologique – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Rappelez-vous, nous nous intéressons aux « problèmes à long terme » qui ont été diagnostiqués par un·e professionnel·le de la santé.

CCC_3	CCC_MEMPB_COF4	
[ASK IF CCC_MEMPB_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_3a	CCC_MEMPBAGE_COF4	
[ASK IF CCC_MEMPB_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de problèmes de mémoire?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_3b	CCC_MEMPB_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_MEMPB_COF4 = NO AND CCC_MEMPB_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_4	CCC_ALZH_COF4
[ASK IF CCC_ALZH_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer?	
REMARQUE : LA MALADIE D'ALZHEIMER EST UNE FORME DE DÉMENCE. LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES AUTRES FORMES DE DÉMENCE ENTRAÎNENT LA DIMINUTION DES FACULTÉS COGNITIVES POUVANT MENER À DES PERTES DE MÉMOIRE ET, À UN STADE AVANCÉ, À L'IMPOSSIBILITÉ D'EFFECTUER CERTAINES ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_4a	CCC_ALZHAGE_COF4
[ASK IF CCC_ALZH_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_4b	CCC_ALZH_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_ALZH_COF4 = NO AND CCC_ALZH_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_5	CCC_MS_COF4
[ASK IF CCC_MS_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous étiez atteint·e de sclérose en plaques?	
REMARQUE : LA SCLÉROSE EN PLAQUES EST UNE MALADIE AUTO-IMMUNE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL (CERVEAU ET MOELLE ÉPINIÈRE) (SYSTÈME NERVEUX CENTRAL). UNE MALADIE AUTO-IMMUNE SURVIENT LORSQUE LE SYSTÈME IMMUNITAIRE ATTAQUE ET DÉTRUIT SES PROPRES TISSUS EN SANTÉ. DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES, LA COUCHE ISOLANTE QUI SE FORME AUTOUR DES NERFS DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE EST ATTAQUÉE, CE QUI ENTRAÎNE DES CHANGEMENTS DANS LA VITESSE DES IMPULSIONS NERVEUSES.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_5a	CCC_MSAGE_COF4
[ASK IF CCC_MS_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint·e de sclérose en plaques?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_5b	CCC_MS_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_MS_COF4 = NO AND CCC_MS_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint·e de sclérose en plaques. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_6	CCC_MGRN_COF4	
[ASK IF CCC_MGRN_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de migraines?		
REMARQUE : UNE MIGRAINE EST CARACTÉRISÉE PAR DES ÉLANCEMENTS OU DES PULSATIONS RESENTIS D'UN SEUL CÔTÉ DE LA TÊTE ET PEUT SOUVENT S'ACCOMPAGNER DE NAUSÉES, DE VOMISSEMENTS ET D'UNE SENSIBILITÉ EXTRÊME À LA LUMIÈRE ET AU BRUIT. LA MIGRAINE PEUT OCCASIONNER DES DOULEURS IMPORTANTES POUVANT DURER DE QUELQUES HEURES À QUELQUES JOURS.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_6a	CCC_MGRNAGE_COF4	
[ASK IF CCC_MGRN_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de migraines?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_6b	CCC_MGRN_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_MGRN_COF4 = NO AND CCC_MGRN_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de migraines. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Épilepsie (EPI) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Ce module utilise l'algorithme du questionnaire sur l'épilepsie (CLSA-EA) de l'Étude canadienne longitudinale sur le vieillissement. Le questionnaire CLSA-EA a été développé et validé par le Dr Mark Keezer et son équipe de recherche.

Maintenant, j'aimerais vous poser des questions sur l'épilepsie. Même si vous n'êtes pas atteint-e de cette maladie ou des symptômes lui étant associés, vos réponses à ces questions nous aideront à estimer le pourcentage de personnes dans notre étude qui ont ou qui n'ont pas cette maladie ou les symptômes lui étant associés.

Pour chaque question suivante, S.V.P. répondez « oui », « non » ou « c'est possible ».

[SAUF INDICATION CONTRAIRE, PASSER D'UNE QUESTION À L'AUTRE]

EPI_1	EPI_CAUS_FEV_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu une crise d'épilepsie ou des convulsions en raison d'une forte fièvre quand vous étiez enfant?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EPI_2	EPI_EVER_COF4	
[ALWAYS ASK]		
INTERVIEWEUR-SE : LIRE LE PRÉAMBULE SEULEMENT SI EPI_1 (EPI_CAUS_FEV_COF4) = OUI OU C'EST POSSIBLE		
PROGRAMMING NOTE: BRING FORWARD [OTHER THAN SEIZURE[S] YOU HAD BECAUSE OF A HIGH FEVER] ONLY IF EPI_CAUS_FEV_COF4 = YES OR POSSIBLE		
(À part la crise [ou les crises] d'épilepsie en raison d'une forte fièvre), avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de troubles épileptiques ou d'épilepsie?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ÉPILEPSIE EST UN TROUBLE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL (TROUBLE NEUROLOGIQUE) DANS LEQUEL L'ACTIVITÉ DES CELLULES NERVEUSES EST PERTURBÉE, CE QUI CAUSE DES CRISES OU DES PÉRIODES OÙ LE COMPORTEMENT ET LES SENSATIONS SONT INHABITUELS, ET QUI PROVOQUE PARFOIS UNE PERTE DE CONSCIENCE.		
LES SYMPTÔMES D'UNE CRISE D'ÉPILEPSIE PEUVENT VARIER CONSIDÉRABLEMENT. CERTAINES PERSONNES ATTEINTES D'ÉPILEPSIE PEUVENT SIMPLEMENT REGARDER DANS LE VIDE PENDANT QUELQUES SECONDES PENDANT UNE CRISE, ALORS QUE D'AUTRES CONTRACTENT LEURS BRAS ET LEURS JAMBES DE MANIÈRE RÉPÉTÉE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EPI_3	EPI_EPILSZ_COF4	
[ASK IF EPI_EVER_COF4 ≠ NO]		
Avez-vous eu une crise d'épilepsie durant les cinq dernières années?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EPI_4	EPI_MED_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà pris des médicaments pour prévenir des crises d'épilepsie?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EPI_5	EPI_CURRMED_COF4	
[ASK IF EPI_MED_COF4 ≠ NO]		
Présentement, prenez-vous des médicaments pour prévenir des crises d'épilepsie?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EPI_6	EPI_CAUS_COF4					
[ALWAYS ASK]						
INTERVIEWEUR·SE : LIRE LE PRÉAMBULE <u>SEULEMENT SI</u> EPI_1 (EPI_CAUS_FEV_COF4) = OUI OU C'EST POSSIBLE						
PROGRAMMING NOTE: BRING FORWARD [OTHER THAN SEIZURE[S] YOU HAD BECAUSE OF A HIGH FEVER] ONLY IF EPI_CAUS_FEV_COF4 = YES OR POSSIBLE						
(À part la crise [ou les crises] d'épilepsie en raison d'une forte fièvre), avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de l'un ou l'autre des problèmes suivants...						
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ						
		Oui	Non	C'est possible	**NSP / PR	**RF
		YES	NO	POSSIBLE	DK_NA	RF
		1	2	3	8	9
EPI_CAUS_SEIZ_COF4	i. Une attaque, crise ou épisode de convulsions, peu importe les circonstances?					
EPI_CAUS_TWIT_COF4	ii. Des mouvements incontrôlés d'une partie de votre corps ou de tout votre corps, comme des secousses musculaires, des mouvements saccadés, des tremblements ou devenir mou?					
EPI_CAUS_MENT_COF4	iii. Un changement inexplicable de votre état mental ou de votre niveau de conscience, ou un épisode d'absence que vous ne pouviez pas contrôler?					
EPI_CAUS_DREM_COF4	iv. Vous a-t-on déjà dit que, quand vous étiez un·e jeune enfant, vous rêvassiez ou vous regardiez dans le vide plus que les autres enfants?					
EPI_CAUS_BDMV_COF4	v. Avez-vous déjà remarqué <u>des mouvements corporels ou des sensations lorsque vous étiez en présence d'une lumière stroboscopique, de jeux vidéo, d'une lumière vacillante ou du soleil éblouissant?</u>					
EPI_CAUS_JERK_COF4	vi. <u>Peu après votre réveil, le matin ou après une sieste, avez-vous déjà remarqué des secousses musculaires incontrôlables ou de la maladresse, comme échapper des choses ou les objets qui « volent » de vos mains?</u>					
EPI_CAUS_SPEL_COF4	vii. Avez-vous déjà éprouvé d'autres types d'épisodes inhabituels répétés?					

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

EPI_7	EPI_CAUS5YR_COF4	
[ASK IF EPI_CAUS_COF4 = YES OR POSSIBLE FOR AT LEAST ONE SYMPTOM FROM EPI_CAUS_COF4]		
Avez-vous eu [INSÉRER LE/LÉS SYMPTÔME(S) AUXQUELS LE/LA PARTICIPANT·E A RÉPONDU OUI OU C'EST POSSIBLE À LA QUESTION EPI_CAUS_COF4. INSÉRER LE BOUT DE PHRASE QUI EST SOULIGNÉ.] durant les cinq dernières années?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
POSSIBLE	3	C'est possible
DK	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EPI_END

Gastro-intestinal – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)

CCC_7	CCC_ULCR_COF4	
[ASK IF CCC_ULCR_PAST ≠ YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques?		
REMARQUE : LES ULCÈRES INTESTINAUX ET GASTRIQUES COMPRENNENT LES ULCÈRES DE L'INTESTIN ET DE L'ŒSOPHAGE. LES PLAIES CAUSÉES PAR LES ULCÈRES RESSEMBLENT À DES CRATÈRES (GÉNÉRALEMENT D'UN DIAMÈTRE DE ¼ À ¾ DE POUCE MAIS POUVANT ALLER JUSQU'À UN DIAMÈTRE DE 1 À 2 POUCES) QUI SE FORMENT SUR LA PAROI DE L'ESTOMAC (ULCÈRES GASTRIQUES), TOUT JUSTE SOUS L'ESTOMAC AU DÉBUT DU PETIT INTESTIN DANS LE DUODÉNUM (ULCÈRES DUODÉNAUX) OU, MOINS COURAMMENT, DANS L'ŒSOPHAGE (ULCÈRES ŒSOPHAGIENS).		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_7a	CCC_ULCRAGE_COF4	
[ASK IF CCC_ULCR_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_7b	CCC_ULCR_CHANGE_COF4		
[ASK IF CCC_ULCR_COF4 = NO AND CCC_ULCR_COF3 = YES]			
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?			
YES	1	Oui : _____	
NO	2	Non	
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus	

CCC_8					
[ALWAYS ASK]					
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez une maladie intestinale telle que :					
REMARQUE : LA MALADIE DE CROHN ET LA COLITE ULCÉREUSE SONT DES FORMES DE MALADIES INTESTINALES INFLAMMATOIRES CARACTÉRISÉES PAR L'INFLAMMATION (ROUGEUR ET ENFLURE) DES INTESTINS, PROBABLEMENT À LA SUITE D'UNE RÉACTION IMMUNITAIRE DU CORPS CONTRE SES PROPRES TISSUS INTESTINAUX.					
LE SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE EST UNE AFFECTION CAUSANT DE LA DOULEUR ABDOMINALE ET DES CRAMPES, AINSI QUE DES CHANGEMENTS DANS LES MOUVEMENTS DE L'INTESTIN ET D'AUTRES SYMPTÔMES. CONTRAIREMENT AUX MALADIES INTESTINALES INFLAMMATOIRES, LA STRUCTURE DE L'INTESTIN N'EST PAS ANORMALE.					
LIRE CHAQUE MALADIE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR MALADIE					
		Oui	Non	**NSP / PR	**RF
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
CCC_CRDIS_COF4	Maladie de Crohn				
CCC_ULCOL_COF4	Colite ulcéreuse				
CCC_IBSYD_COF4	Syndrome du côlon irritable				

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

CCC_8a	CCC_CRDISAGE_COF4	
[ASK IF CCC_CRDIS_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez la maladie de Crohn?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT-E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_8b	CCC_CRDIS_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_CRDIS_COF4 = NO AND CCC_CRDIS_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez la maladie de Crohn? Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_8c	CCC_ULCOLAGE_COF4	
[ASK IF CCC_ULCOL_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de colite ulcéreuse?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT-E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_8d	CCC_ULCOL_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_ULCOL_COF4 = NO AND CCC_ULCOL_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de colite ulcéreuse. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_8e	CCC_IBSYDAGE_COF4	
[ASK IF CCC_IBSYD_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez du syndrome du côlon irritable?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_8f	CCC_IBSYD_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_IBSYD_COF4 = NO AND CCC_IBSYD_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de syndrome du côlon irritable. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_9	CCC_BOWINC_COF4	
[ASK IF CCC_BOWINC_PAST ≠ YES]		
Avez-vous déjà eu des pertes de selles?		
REMARQUE : L'INCONTINENCE ANALE EST LA PERTE DE CONTRÔLE DES INTESTINS MENANT À L'ÉMISSION INVOLONTAIRE DE SELLES.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_9a	CCC_BOWINCAGE_COF4	
[ASK IF CCC_BOWINC_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à avoir des pertes de selles?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_9b	CCC_BOWINC_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_BOWINC_COF4 = NO AND CCC_BOWINC_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI vous aviez déjà eu des pertes de selles. Depuis cette entrevue, cette situation a-t-elle changé?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_10	CCC_URIINC_COF4
[ASK IF CCC_URIINC_PAST ≠ YES]	
Avez-vous déjà eu des pertes d'urine?	
REMARQUE : L'INCONTINENCE URINAIRE EST LA PERTE DE CONTRÔLE DE LA VESSIE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_10a	CCC_URIINCAGE_COF4
[ASK IF CCC_URIINC_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à avoir des pertes d'urine?	
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_10b	CCC_URIINC_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_URIINC_COF4 = NO AND CCC_URIINC_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI vous aviez déjà eu des pertes d'urine. Depuis cette entrevue, cette situation a-t-elle changé?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_11	CCC_GERD_COF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle diagnostiqué un reflux gastro-œsophagien?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_12	CCC_GERDTRT2_COF4	
[ASK IF CCC_GERD_COF4 = YES]		
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous pris un médicament pour prévenir ou traiter un reflux gastro-œsophagien?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_12a	CCC_GERDSYM2_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 30 derniers jours, avez-vous eu des symptômes de brûlures d'estomac, d'indigestion ou de ballonnements, une sensation de brûlure dans la gorge ou la poitrine, une régurgitation des aliments ou un goût sûr ou amer dans la bouche?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_12b	CCC_GERDFQ2_COF4	
[ASK IF CCC_GERDSYM2_COF4 = YES]		
Avez-vous eu ces symptômes...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALL_TIME	1	Tout le temps
SOME_TIME	2	Parfois
RARELY	3	Rarement
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Vision – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

CCC_13	CCC_MACDEG_COF4
[ASK IF CCC_MACDEG_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire?	
REMARQUE : LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE TOUCHE HABITUELLEMENT LES ADULTES PLUS ÂGÉS ET ENTRAÎNE UNE PERTE DE VISION AU CENTRE DU CHAMP VISUEL (LA MACULA) CAUSÉE PAR DES DOMMAGES À LA RÉTINE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_13a	CCC_MACDEGAGE_COF4
[ASK IF CCC_MACDEG_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de dégénérescence maculaire?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_13b	CCC_MACDEG_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_MACDEG_COF4 = NO AND CCC_MACDEG_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

Cancer – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Rappelez-vous, nous sommes intéressés aux « problèmes à long terme » qui ont été diagnostiqués par un·e professionnel·le de la santé.

CCC_14	CCC_CANC_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous étiez atteint·e d'un cancer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_14a	CCC_CANTP_COF4	
[ASK IF CCC_CANC_COF4 = YES]		
Pour quel(s) type(s) de cancer avez-vous reçu un diagnostic?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT; [RECALL RESPONSE FROM SEX_1 FROM IN-HOME QUESTIONNAIRE]		
CCC_CANTP_CNS_COF4	01	Cerveau / moelle épinière / système nerveux central
CCC_CANTP_TH_COF4	02	Thyroïde
CCC_CANTP_SM_COF4	03	Peau : mélanome
CCC_CANTP_SNM_COF4	04	Peau : non mélanique
CCC_CANTP_OR_COF4	05	Bouche
CCC_CANTP_LX_COF4	06	Larynx
CCC_CANTP_ES_COF4	07	Œsophage
CCC_CANTP_BR_COF4	08	Sein
CCC_CANTP_LU_COF4	09	Poumon
CCC_CANTP_ST_COF4	10	Estomac (gastrique)
CCC_CANTP_BL_COF4	11	Vessie
CCC_CANTP_KD_COF4	12	Rein
CCC_CANTP_LV_COF4	13	Foie
CCC_CANTP_PA_COF4	14	Pancréas
CCC_CANTP_COL_COF4	15	Colorectal
CCC_CANTP_PR_COF4	16	Prostate (hommes seulement)
CCC_CANTP_TT_COF4	17	Testicule (hommes seulement)
CCC_CANTP_OV_COF4	18	Ovaire (femmes seulement)
CCC_CANTP_FU_COF4	19	Utérus (femmes seulement)
CCC_CANTP_FC_COF4	20	Cervical (femmes seulement)
CCC_CANTP_LK_COF4	21	Leucémie
CCC_CANTP_MM_COF4	22	Myélome multiple
CCC_CANTP_HL_COF4	23	Lymphome de Hodgkin
CCC_CANTP_NHL_COF4	24	Lymphome non hodgkinien
CCC_CANTP_OTSP_COF4	97	Autre : _____
CCC_CANTP_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
CCC_CANTP_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_14b					
[ASK IF CCC_CANTP_xxxx_COF4 = YES]					
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint·e [INSÉRER LE TYPE DE CANCER]?					
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?					
		Âge (MASK: MIN=0, MAX= CURRENT AGE)	Année (MASK: MIN= BIRTH YEAR, MAX= CURRENT YEAR)	**NSP / PR	**RF
		NB_SP	YR_SP	DK_NA	RF
				9998	9999
CCC_CANCERAGE_CN S_COF4	d'un cancer du cerveau/moelle épineière/système nerveux central				
CCC_CANCERAGE_TH COF4	d'un cancer de la thyroïde				
CCC_CANCERAGE_SM COF4	d'un cancer de la peau : mélanome				
CCC_CANCERAGE_SN M_COF4	d'un cancer de la peau : non mélanique				
CCC_CANCERAGE_OR COF4	d'un cancer de la bouche				
CCC_CANCERAGE_LX COF4	d'un cancer du larynx				
CCC_CANCERAGE_ES COF4	d'un cancer de l'œsophage				
CCC_CANCERAGE_BR COF4	d'un cancer du sein				
CCC_CANCERAGE_LU COF4	d'un cancer du poumon				
CCC_CANCERAGE_ST COF4	d'un cancer de l'estomac (gastrique)				
CCC_CANCERAGE_BL COF4	d'un cancer de la vessie				
CCC_CANCERAGE_KD COF4	d'un cancer du rein				
CCC_CANCERAGE_LV COF4	d'un cancer du foie				
CCC_CANCERAGE_PA COF4	d'un cancer du pancréas				
CCC_CANCERAGE_CO L_COF4	d'un cancer colorectal				
CCC_CANCERAGE_PR COF4	d'un cancer de la prostate (hommes seulement)				
CCC_CANCERAGE_TT COF4	d'un cancer du testicule (hommes seulement)				

		Âge (MASK: MIN=0, MAX= CURRENT AGE)	Année (MASK: MIN= BIRTH YEAR, MAX= CURRENT YEAR)	**NSP / PR	**RF
		NB_SP	YR_SP	DK_NA	RF
				9998	9999
CCC_CANCERAGE_OV COF4	d'un cancer de l'ovaire (femmes seulement)				
CCC_CANCERAGE_FU COF4	d'un cancer de l'utérus (femmes seulement)				
CCC_CANCERAGE_FC COF4	d'un cancer cervical (femmes seulement)				
CCC_CANCERAGE_LK_ COF4	de leucémie				
CCC_CANCERAGE_MM COF4	de myélome multiple				
CCC_CANCERAGE_HL_ COF4	de lymphome de Hodgkin				
CCC_CANCERAGE_NH L_COF4	de lymphome non hodgkinien				
CCC_CANCERAGE_OT SP_COF4	Autre				

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

Santé mentale – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

CCC_15	CCC_ANXI_COF4
[ASK IF CCC_ANXI_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique?	
REMARQUE : LE TERME GÉNÉRAL « TROUBLE ANXIEUX » REGROUPE PLUSIEURS MALADIES DIFFÉRENTES RELIÉES PAR DES MANIFESTATIONS CONSTANTES D'INQUIÉTUDE OU D'ANXIÉTÉ ASSOCIÉES À DIFFÉRENTES ACTIVITÉS OU ÉVÉNEMENTS.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_15a	CCC_ANXIAGE_COF4
[ASK IF CCC_ANXI_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_15b	CCC_ANXI_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_ANXI_COF4 = NO AND CCC_ANXI_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_16	CCC_MOOD_COF4
[ASK IF CCC_MOOD_PAST ≠ YES]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniacodépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?	
REMARQUE : LA DYSTHYMIE (DI-STI-MIE) EST UNE FORME DE DÉPRESSION CHRONIQUE CARACTÉRISÉE PAR UN TROUBLE DE L'HUMEUR DE TYPE DÉPRESSIF. TOUTEFOIS, LES SYMPTÔMES SONT MOINS GRAVES QUE LORS D'UNE DÉPRESSION MAJEURE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_16a	CCC_MOODAGE_COF4
[ASK IF CCC_MOOD_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniacodépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_16b	CCC_MOOD_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_MOOD_COF4 = NO AND CCC_MOOD_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniacodépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

Autres maladies chroniques – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

CCC_17	CCC_ALLRG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'allergies?		
REMARQUE : LA QUESTION PORTE SUR TOUS LES TYPES D'ALLERGIE.		
CCC_ALLRG_OTSP_COF4	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_17a	CCC_ALLRGAGE_COF4	
[ASK IF CCC_ALLRG_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'allergies?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_17b	CCC_ALLRG_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_ALLRG_COF4 = NO AND CCC_ALLRG_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'allergies. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18	CCC_KIDN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18a	CCC_KIDNAGE_COF4	
[ASK IF CCC_KIDN_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18b	CCC_KIDN_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_KIDN_COF4 = NO AND CCC_KIDN_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18c	CCC_KIDNSTN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez des pierres aux reins?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18d	CCC_KIDNSTNAGE_COF4	
[ASK IF CCC_KIDNSTN_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez des pierres aux reins?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18e	CCC_KIDNSTN_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_KIDNSTN_COF4 = NO AND CCC_KIDNSTN_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez des pierres aux reins. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18f	CCC_DITYP_COF4	
[ASK IF CCC_KIDN_COF4 = YES]		
Recevez-vous présentement des traitements de dialyse? (Si oui, quel type de dialyse?)		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
HEMODIALYSIS	1	Hémodialyse
PERITONEAL	2	Dialyse péritonéale
NO	3	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18g	CCC_DITIM_COF4
[ASK IF CCC_DITYP_COF4 = HEMODIALYSIS]	
Quand avez-vous reçu votre dernier traitement de dialyse?	
INTERVIEWEUR·SE : VEUILLEZ INSCRIRE LA DATE ET L'HEURE, SI LE/LA PARTICIPANT·E LES CONNAÎT. SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E, INSCRIRE LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE	
DATE	Date
TIME	Heure (hh:mm)

CCC_19	CCC_HCV_COF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'hépatite C?	
REMARQUE : L'HÉPATITE C EST UNE INFECTION CAUSÉE PAR UN VIRUS QUI S'ATTAQUE AU FOIE ET QUI PROVOQUE DE L'INFLAMMATION.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_19a	CCC_HCVAGE_COF4
[ASK IF CCC_HCV_COF4 = YES]	
À quel âge avez-vous reçu pour la première fois le diagnostic d'hépatite C?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_19b	CCC_HCV_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_HCV_COF4 = NO AND CCC_HCV_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'hépatite C. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_19c	CCC_HCV_TRT_COF4	
[ASK IF CCC_HCV_COF4 = YES]		
Avez-vous déjà reçu des traitements pour l'hépatite C?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_19d	CCC_HCV_TXS_COF4	
[ASK IF CCC_HCV_TRT_COF4 = YES]		
Le traitement a-t-il permis d'éliminer le virus?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_19e	CCC_HCV_CURR_COF4	
[ASK IF CCC_HCV_COF4 = YES]		
Avez-vous l'hépatite C présentement?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Diabète (DIA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

J'aimerais vous poser quelques questions sur les différentes maladies que vous pourriez avoir présentement ou que vous avez eues dans le passé.

DIA_1	DIA_DIAB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_1a	DIA_DIAB_CHANGE_COF4	
[ASK IF DIA_DIAB_COF4 = NO AND DIA_DIAB_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_1b	DIA_AGE_COF4	
[ASK IF DIA_DIAB_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_2	DIA_DIABRT_COF4	
[ASK IF DIA_DIAB_COF4 = YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de rétinopathie diabétique?		
LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE EST UNE COMPLICATION DU DIABÈTE QUI TOUCHE LES YEUX. ELLE SE CARACTÉRISE PAR LA DÉGRADATION DES VAISSEaux SANGUINS DES TISSUS SENSIBLES À LA LUMIÈRE AU FOND DE L'ŒIL (RÉTINE).		
AU DÉBUT, IL EST POSSIBLE QUE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE NE PRÉSENTE AUCUN SYMPTÔME OU QU'ELLE CAUSE SEULEMENT DES TROUBLES VISUELS LÉGERS. CHEZ CERTAINES PERSONNES PRÉSENTANT CETTE CONDITION, LES VAISSEaux SANGUINS PEUVENT ÊTRE ENFLÉS ET LAISSER COULER DU LIQUIDE. POUR D'AUTRES, DE NOUVEAUX VAISSEaux SANGUINS ANORMAUX PEUVENT SE DÉVELOPPER SUR LA SURFACE DE LA RÉTINE.		
LES PERSONNES ATTEINTES DE DIABÈTE DE TYPE 1 OU 2 SONT À RISQUE DE DÉVELOPPER CETTE MALADIE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_2a	DIA_DIABRT_CHANGE_COF4	
[ASK IF DIA_DIABRT_COF4 = NO AND DIA_DIABRT_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de rétinopathie diabétique? Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_2b	DIA_DIABRTAGE_COF4	
[ASK IF DIA_DIABRT_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de rétinopathie diabétique?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_3	DIA_EVPRG_COF4	
[ASK IF PARTICIPANT SEX = FEMALE]		
Avez-vous déjà été enceinte?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_4	DIA_PRGDIA_COF4	
[ASK IF DIA_EVPRG_COF4 = YES]		
Pendant votre grossesse, un·e médecin vous a-t-il/elle dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CALCULATE DIA_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR DIABETES; DIA_MED=2 OTHERWISE.

CALCULATE INS_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING INSULIN; INS_MED=2 OTHERWISE

[IF DIA_DIAB_COF4 = YES CONTINUE, IF DIA_DIAB_COF4 = NO AND DIA_MED=1 THEN SKIP TO DIA_MEDHOME_COF4, IF DIA_DIAB_COF4 = NO AND DIA_MED=2 THEN SKIP TO DIA_END]

DIA_5	DIA_MED_COF4	
[ASK IF DIA_DIAB_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour le diabète?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_5a	DIA_MEDCUR_COF4	
[ASK IF DIA_MED=1 AND DIA_MED_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le diabète?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LE DIABÈTE)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_5b	DIA_MEDINSNAME_COF4	
[ASK IF DIA_MED=2 AND DIA_MED_COF4 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre diabète?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HUMULIN	01	Humulin
LEVEMIR	02	Levemir
HUMALOG	03	Humalog
APIDRA	04	Apidra
NOVORAPID	05	Novorapid
LANTUS	06	Lantus
NOVOMIX	07	Novomix
OTHER	97	Autre : _____
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_5c	DIA_MEDHOME_COF4	
[ASK IF (DIA_DIAB_COF4 = NO OR DIA_MED_COF4 = NO) AND DIA_MED=1]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter le diabète. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le diabète?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LE DIABÈTE)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_5d	DIA_MEDAGE_COF4	
[ASK IF INS_MED=1 OR (DIA_MEDINSNAME_COF4 ≠ DK_NA AND DIA_MEDINSNAME_COF4 ≠ REFUSED)]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à prendre de l'insuline?		
SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E, INSCRIRE LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_END

Accident vasculaire cérébral (STR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

CALCULATE STR_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR STROKE; STR_MED=2 OTHERWISE

STR_1	CCC_CVA_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC?		
REMARQUE : UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL EST LA DESTRUCTION SOUDAINE DES CELLULES DU CERVEAU EN RAISON D'UN MANQUE D'OXYGÈNE CAUSÉ PAR LE BLOCAGE DE LA CIRCULATION SANGUINE OU LA RUPTURE D'UNE ARTÈRE ALIMENTANT LE CERVEAU.		
LES SYMPTÔMES PEUVENT ÊTRE : PERTE SOUDAINE DE LA PAROLE, FAIBLESSE OU PARALYSIE D'UN CÔTÉ DU CORPS. ON CONFIRME UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL À L'AIDE D'UNE RADIOGRAPHIE SPÉCIALE COMME UN TOMODENSITOGamme.		
L'ABRÉVIATION AVC EST AUSSI UTILISÉE POUR PARLER D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_1a	CCC_CVA_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_CVA_COF4 = NO <u>AND</u> CCC_CVA_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_2	STR_CVAAGE_COF4	
[ASK IF CCC_CVA_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[IF CCC_CVA_COF4 = YES CONTINUE, IF CCC_CVA_COF4 = NO AND STR_MED=1 THEN SKIP TO STR_MÉDHOMÉ_COF4, IF CCC_CVA_COF4 = NO AND STR_MED=2 THEN SKIP TO CCC_TIA_COF4]

STR_3	STR_MED_COF4	
[ASK IF CCC_CVA_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour un accident vasculaire cérébral?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_3a	STR_MEDCUR_COF4	
[ASK IF STR_MED_COF4 = YES AND STR_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter votre accident vasculaire cérébral?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
SKIP TO STR_OTHMD_COF4		

STR_3b	STR_MEDNAME_COF4	
[ASK IF STR_MED_COF4 = YES AND STR_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre accident vasculaire cérébral?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus
SKIP TO STR_OTHMD_COF4		

STR_3c	STR_MEDHOME_COF4	
[ASK IF STR_MED=1 AND (CCC_CVA_COF4 = NO OR STR_MED_COF4 = NO)]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un accident vasculaire cérébral. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un accident vasculaire cérébral?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CALCULATE ANY_SMED=1 IF (STR_MED_COF4 = 1 (YES) OR ANY DRUGS FOR STR_MEDHOME_COF4 ANSWERED "YES"); ANY_SMED=2 OTHERWISE

STR_3d	STR_OTHMD_COF4	
[ASK IF CCC_CVA_COF4 = YES OR (CCC_CVA_COF4 = NO AND STR_MEDHOME_COF4 = YES OR DK_NA OR REFUSED)]		
Suivez-vous actuellement un autre traitement pour un accident vasculaire cérébral?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

REMARQUE : On compte parmi les traitements habituels pour un AVC les programmes servant à rétablir une fonction perdue lors de l'AVC, comme la physiothérapie, les exercices, la parole. Bien que d'autres types de traitements peuvent être donnés peu après l'AVC (p. ex., médicaments utilisés pour débloquer les artères, chirurgie), il est peu probable que les participant·es de l'étude reçoivent ces traitements au moment de leur visite au DCS.

STR_4	STR_EVRMD_COF4	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour un accident vasculaire cérébral?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_5	CCC_TIA_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_5a	CCC_TIA_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_TIA_COF4 = NO AND CCC_TIA_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_6	STR_TIAAGE_COF4	
[ASK IF CCC_TIA_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[IF CCC_TIA_COF4 = YES CONTINUE, IF CCC_TIA_COF4 = NO AND STR_MED=1 THEN SKIP TO STR_TIAMEDHOME_COF4, IF CCC_TIA_COF4 = NO AND STR_MED=2 THEN SKIP TO CCC_CVAFX_COF4]

STR_7	STR_TIAMED_COF4	
[ASK IF CCC_TIA_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement pour un mini-AVC?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_7a	STR_TIAMEDCUR_COF4	
[ASK IF STR_TIAMED_COF4 = YES AND STR_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter votre mini-AVC?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT-E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UN MINI-AVC OU AIT)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_7b	STR_TIAMEDNAME_COF4	
[ASK IF STR_TIAMED_COF4 = YES AND STR_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre mini-AVC?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_7c	STR_TIAMEDHOME_COF4	
[ASK IF STR_MED=1 AND (CCC_TIA_COF4 = NO OR STR_TIAMED_COF4 = NO)]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un accident vasculaire cérébral. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un mini-AVC?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT-E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CALCULATE ANY_SMED=1 IF (STR_TIAMED_COF4 = YES OR ANY DRUGS FOR STR_TIAMEDHOME_COF4 ANSWERED "YES"); ANY_SMED=2 OTHERWISE

STR_7d	STR_TIAOTHMD_COF4	
[ASK IF CCC_TIA_COF4 = YES OR (CCC_TIA_COF4 = NO AND STR_TIAMEDHOME_COF4 = YES OR DK_NA OR REFUSED)]		
Suivez-vous actuellement un autre traitement pour un mini-AVC?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_8	STR_TIAEVMD_COF4	
[ASK IF ANY_SMED=2 AND STR_TIAOTHMD_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED]		
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour un mini-AVC?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_9	CCC_CVAFX_COF4	
[ASK IF CCC_CVA_COF4 = YES OR CCC_TIA_COF4 = YES]		
Un-e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un AVC, d'un mini-AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Questionnaire QVSFS modifié – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

STR_10	STR_WEAK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà ressenti une faiblesse soudaine et sans douleur sur un côté de votre corps?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_10a	STR_WEAK_DUR_COF4	
[ASK IF STR_WEAK_COF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_11	STR_NUMB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà ressenti une sensation d'engourdissement soudaine sur un côté de votre corps ou avez-vous eu l'impression que ce côté était « mort »?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_11a	STR_NUMB_DUR_COF4	
[ASK IF STR_NUMB_COF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_12	STR_VIS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi une perte de vision soudaine et sans douleur dans un œil ou les deux?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_12a	STR_VIS_DUR_COF4	
[ASK IF STR_VIS_COF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_13	STR_NOVIS_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà soudainement perdu la vue dans un œil?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

STR_13a	STR_NOVIS_DUR_COF4
[ASK IF STR_NOVIS_COF4 = YES]	
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?	
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
LESS_24H	1 Moins de 24 heures
24H_MORE	2 24 heures ou plus
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

STR_14	STR_NOUND_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà soudainement été incapable de comprendre ce que les gens disaient?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

STR_14a	STR_NOUND_DUR_COF4
[ASK IF STR_NOUND_COF4 = YES]	
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?	
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
LESS_24H	1 Moins de 24 heures
24H_MORE	2 24 heures ou plus
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

STR_15	STR_NOEXP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà soudainement perdu la capacité de vous exprimer?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

STR_15a	STR_NOEXP_DUR_COF4	
[ASK IF STR_NOEXP_COF4 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_24H	1	Moins de 24 heures
24H_MORE	2	24 heures ou plus
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Traumatisme crânien (TBI) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Maintenant, nous aimerions vous poser des questions sur les blessures à la tête et les commotions...

TBI_1	TBI_TYP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous subi une blessure à la tête ou une commotion pour l'une ou l'autre de ces situations...?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_TYP_VHSP_COF4	01	Accident de véhicule (veuillez préciser le type de véhicule : _____)
TBI_TYP_FL_COF4	02	Chute
TBI_TYP_SPTSP_COF4	03	Activité sportive (veuillez préciser : _____)
TBI_TYP_NN_COF4	96	Aucune / n'a pas subi de blessure à la tête
TBI_TYP_OTSP_COF4	97	Autre : _____
TBI_TYP_DK_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
TBI_TYP_RF_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_2	TBI_NMBR_NB_COF4	
[ASK IF TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_NN_COF4 AND TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_DK_COF4 AND TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_RF_COF4]		
Au cours de votre vie, combien de blessures à la tête ou de commotions avez-vous subies?		
INTERVIEWEUR-SE : TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT.		
	NOMBRE	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=20)
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_2a	TBI_AGE_COF4	
[ASK IF TBI_NMBR_NB_COF4 ≥ 1]		
Quel âge aviez-vous lors de votre dernière blessure à la tête ou commotion?		
	AGE	_____ INSCRIRE L'ÂGE (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_3	TBI_RSLT2_COF4	
[ASK IF TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_NN_COF4 AND TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_DK_COF4 AND TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_RF_COF4]		
Est-ce que votre dernière blessure à la tête ou commotion a occasionné...?		
REMARQUE : LIRE LES RÉPONSES AU COMPLET ET MOT À MOT.		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_RSLT_DZ_COF4	01	Des étourdissements, de la confusion ou l'impression de « voir des étoiles »
TBI_RSLT_NRM_COF4	02	Une perte de mémoire de l'événement
TBI_RSLT_KO1_COF4	03	Une perte de conscience de moins d'une minute
TBI_RSLT_KO20_COF4	04	Une perte de conscience de 1 à 20 minutes
TBI_RSLT_KO2030_COF4	05	Une perte de conscience de 20 à 30 minutes
TBI_RSLT_KO30MORE_COF4	06	Une perte de conscience de plus de 30 minutes
TBI_RSLT_NN_COF4	96	[NE PAS LIRE] Aucune de ces réponses
TBI_RSLT_DK_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
TBI_RSLT_RF_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_4	TBI_MCR_COF4	
[ASK IF TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_NN_COF4 AND TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_DK_COF4 AND TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_RF_COF4]		
Lesquels de ces soins médicaux avez-vous reçus pour votre dernière blessure à la tête ou commotion?		
REMARQUE : LIRE LES RÉPONSES AU COMPLET ET MOT À MOT.		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_MCR_PHA_COF4	01	Évaluation médicale / visite chez un-e médecin
TBI_MCR_ED_COF4	02	Visite aux urgences
TBI_MCR_HO_COF4	03	Hospitalisation
TBI_MCR_NN_COF4	96	[NE PAS LIRE] Aucun / n'a reçu aucun soin médical
TBI_MCR_DK_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
TBI_MCR_RF_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_5	TBI_PROB_COF4	
[ASK IF TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_NN_COF4 AND TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_DK_COF4 AND TBI_TYP_COF4 ≠ TBI_TYP_RF_COF4]		
Présentement, souffrez-vous de l'un ou l'autre de ces problèmes qui seraient, selon vous, la conséquence possible d'une blessure à la tête ou d'une commotion?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_PROB_HA_COF4	01	Maux de tête
TBI_PROB_DIZ_COF4	02	Étourdissements
TBI_PROB_MEM_COF4	03	Problèmes de mémoire
TBI_PROB_BAL_COF4	04	Problèmes d'équilibre
TBI_PROB_EAR_COF4	05	Bourdonnements d'oreilles
TBI_PROB_IRT_COF4	06	Irritabilité
TBI_PROB_SLP_COF4	07	Problèmes de sommeil
TBI_PROB_VIS_COF4	08	Troubles de la vision
TBI_PROB_FTG_COF4	09	Fatigue
TBI_PROB_NN_COF4	96	Non / aucun / n'a aucun problème
TBI_PROB_OTSP_COF4	97	Autre : _____
TBI_PROB_DK_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
TBI_PROB_RF_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_6	TBI_POSITIVE_COF4
Positive Screen [DERIVED VARIABLE] IF (TBI_TYP_COF4 = TBI_TYP_VH_COF4 OR TBI_TYP_FL_COF4 OR TBI_TYP_SPT_COF4 OR TBI_TYP_OT_COF4) AND (TBI_RSLT2_COF4 = TBI_RSLT_DZ_COF4 OR TBI_RSLT_NRM_COF4 OR TBI_RSLT_KO1_COF4 OR TBI_RSLT_KO20_COF4 OR TBI_RSLT_KO2030_COF4 OR TBI_RSLT_KO30MORE_COF4) THEN TBI_6=YES (1), ELSE TBI_6=NO (2)	

Hypo- et hyperthyroïdie (HYP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

CALCULATE HYO_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR HYPOTHYROIDISM; HYO_MED=2 OTHERWISE

CALCULATE HYR_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR HYPERTHYROIDISM; HYR_MED=2 OTHERWISE

HYP_1	CCC_UTHYR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème)?		
REMARQUE : ASSUREZ-VOUS QUE LE/LA PARTICIPANT·E COMPREND QUE CETTE QUESTION PORTE SUR UNE GLANDE THYROÏDE QUI FONCTIONNE MOINS QUE LA MOYENNE, SOIT L'HYPOTHYROÏDIE, ET NON SUR UNE GLANDE THYROÏDE QUI FONCTIONNE PLUS QUE LA MOYENNE, SOIT L'HYPERTHYROÏDIE. LES QUESTIONS HYP_1 À HYP_4 PORTENT SUR UNE GLANDE THYROÏDE QUI FONCTIONNE MOINS QUE LA MOYENNE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_1a	CCC_UTHYR_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_UTHYR_COF4 = NO AND CCC_UTHYR_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_2	HYP_UTHYRAGE_COF4	
[ASK IF CCC_UTHYR_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxœdème)?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[IF CCC_UTHYR_COF4 = YES CONTINUE, IF CCC_UTHYR_COF4 = NO AND HYO_MED=1 THEN SKIP TO HYP_UTHYRMEDHOME_COF4, IF CCC_UTHYR_COF4 = NO AND HYO_MED=2 THEN SKIP TO CCC_OTHYR_COF4]

HYP_3	HYP_UTHYRMED_COF4	
[ASK IF CCC_UTHYR_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne MOINS que la moyenne?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_3a	HYP_UTHYRMEDCUR_COF4	
[ASK IF HYP_UTHYRMED_COF4 = YES AND HYO_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypothyroïdie?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPOTHYROÏDIE)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_3b	HYP_UTHYRMEDNAME_COF4	
[ASK IF HYP_UTHYRMED_COF4 = YES AND HYO_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre hypothyroïdie?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_3c	HYP_UTHYRMEDHOME_COF4	
[ASK IF (CCC_UTHYR_COF4 = NO OR HYP_UTHYRMED_COF4 = NO) AND HYO_MED=1]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'hypothyroïdie. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypothyroïdie?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPOTHYROÏDIE)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_4	HYP_UTHYREVRMED_COF4	
[ASK IF (CCC_UTHYR_COF4 = YES AND (HYP_UTHYRMED_COF4 = DK_NA OR REFUSED OR HYO_MED=2 OR HYP_UTHYRMEDHOME_COF4 ≠ YES)) OR (CCC_UTHYR_COF4 = NO AND HYP_UTHYRMEDHOME_COF4 = DK_NA OR REFUSED)]		
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne MOINS que la moyenne?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_5	CCC_OTHYR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow)?		
REMARQUE : Ces questions portent sur une glande thyroïde qui fonctionne plus que la moyenne.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_5a	CCC_OTHYR_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_OTHYR_COF4 = NO AND CCC_OTHYR_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_6	HYP_OTHYRAGE_COF4	
[ASK IF CCC_OTHYR_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow)?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[IF CCC_OTHYR_COF4 = YES CONTINUE, IF CCC_OTHYR_COF4 = NO AND HYR_MED=1 THEN SKIP TO HYP_OTHYRMEDHOME_COF4, IF CCC_OTHYR_COF4 = NO AND HYR_MED=2 THEN SKIP TO HYP_END]

HYP_7	HYP_OTHYRMED_COF4	
[ASK IF CCC_OTHYR_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne PLUS que la moyenne?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_7a	HYP_OTHYRMEDCUR_COF4	
[ASK IF CCC_OTHYR_COF4 = YES AND HYR_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hyperthyroïdie?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTHYROÏDIE)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_7b	HYP_OTHYRMEDNAME_COF4	
[ASK IF HYP_OTHYRMED_COF4 = YES AND HYR_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre hyperthyroïdie?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_7c	HYP_OTHYRMEDHOME_COF4	
[ASK IF (CCC_OTHYR_COF4 = NO OR HYP_OTHYRMED_COF4 = NO) AND HYR_MED=1]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'hyperthyroïdie. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hyperthyroïdie?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTHYROÏDIE)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_8	HYP_OTHYREVRMD_COF4	
[ASK IF (CCC_OTHYR_COF4 = YES AND (HYP_OTHYRMED_COF4 = DK_NA, REFUSED OR HYR_MED=2 OR HYP_OTHYRMEDHOME_COF4 ≠ YES)) OR (CCC_OTHYR_COF4 = NO AND HYP_OTHYRMEDHOME_COF4 = DK_NA OR REFUSED)]		
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne PLUS que la moyenne?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_END

Hypertension (HBP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Merci. Maintenant, nous allons poursuivre avec des questions sur la tension artérielle.

CALCULATE HBP_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR HYPERTENSION; HBP_MED=2 OTHERWISE

HBP_1	CCC_HBP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension?		
L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE OU HAUTE PRESSION EST UNE CONDITION COURANTE, DANS LAQUELLE LA FORCE EXERCÉE PAR LE SANG SUR LA PAROI DES ARTÈRES EST ASSEZ ÉLEVÉE POUR CAUSER ÉVENTUELLEMENT DES PROBLÈMES DE SANTÉ, TELLE QU'UNE MALADIE DU CŒUR.		
LA PRESSION SANGUINE EST CALCULÉE À PARTIR DE LA QUANTITÉ DE SANG POMPÉE PAR LE CŒUR ET DE LA RÉSISTANCE AU DÉBIT SANGUIN DANS LES ARTÈRES. PLUS VOTRE CŒUR POMPE DU SANG ET PLUS VOS ARTÈRES SONT ÉTROITES, PLUS VOTRE PRESSION SANGUINE SERA ÉLEVÉE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_1a	CCC_HBP_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_HBP_COF4 = NO AND CCC_HBP_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_2	HBP_AGE_COF4	
[ASK IF CCC_HBP_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus
[PROGRAMMING NOTE : IF DIA_EVPRG_COF4=NO SKIP TO HBP_MED_COF4]		

HBP_3	HBP_MED_COF4	
[ASK IF CCC_HBP_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour la tension artérielle élevée ou l'hypertension?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_3a	HBP_MEDCUR_COF4	
[ASK IF HBP_MED_COF4 = YES AND HBP_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypertension?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTENSION)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_3b	HBP_MEDNAME_COF4	
[ASK IF HBP_MED_COF4 = YES AND HBP_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre hypertension?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_3c	HBP_MEDHOME_COF4	
[ASK IF HBP_MED=1 AND (CCC_HBP_COF4 = NO OR HBP_MED_COF4 = NO)]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'hypertension. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypertension?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTENSION)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_4	HBP_EVRMED_COF4	
[ASK IF (CCC_HBP_COF3 = YES AND HBP_MED_COF3 = NO AND HBP_MED=2) OR (CCC_HBP_COF3 = YES AND HBP_MED_COF3 = NO AND HBP_MED=1 AND HBP_MEDHOME ≠ YES) OR HBP_MED_COF3 = DK_NA, REFUSED OR (CCC_HBP_COF3 = NO AND HBP_MED=1 AND HBP_MEDHOME = DK_NA, REFUSED)]		
Avez-vous déjà pris des médicaments pour l'hypertension?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_5	HBP_TRT_COF4	
[ASK IF CCC_HBP_COF4 = YES OR CCC_HBP_COF4 = NO]		
Faites-vous actuellement des exercices ou suivez-vous une diète ou d'autres traitements non pharmacologiques dans le but de diminuer votre tension artérielle élevée ou votre hypertension?		
INTERVIEWEUR·SE : CETTE RÉPONSE POURRAIT INCLURE LES TRAITEMENTS INITIÉS PAR LA PERSONNE COMME LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE SEL, C.-À-D. SANS LA RECOMMANDATION SPÉCIFIQUE DU/DE LA MÉDECIN.		
REMARQUE : PARMIS LES TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES, ON PEUT COMPTER L'ARRÊT DU TABAC OU DE L'ALCOOL, LA GESTION DU STRESS OU LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE SODIUM, AINSI QUE LES SUPPLÉMENTS DE VITAMINES COMME LE CALCIUM, LE POTASSIUM, LE MAGNÉSIUM, LA VITAMINE C OU LES ACIDES GRAS OMÉGA-3.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_6	HBP_EVTRT_COF4	
[ASK IF HBP_TRT_COF4 ≠ YES]		
Avez-vous déjà fait des exercices ou suivi une diète ou d'autres traitements non pharmacologiques dans le but de diminuer la tension artérielle élevée ou l'hypertension?		
INTERVIEWEUR·SE : CETTE RÉPONSE POURRAIT INCLURE LES TRAITEMENTS INITIÉS PAR LA PERSONNE COMME LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE SEL, C.-À-D. SANS LA RECOMMANDATION SPÉCIFIQUE DU/DE LA MÉDECIN.		
REMARQUE : PARMIS LES TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUES, ON PEUT COMPTER L'ARRÊT DU TABAC OU DE L'ALCOOL, LA GESTION DU STRESS OU LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE SODIUM, AINSI QUE LES SUPPLÉMENTS DE VITAMINES COMME LE CALCIUM, LE POTASSIUM, LE MAGNÉSIUM, LA VITAMINE C OU LES ACIDES GRAS OMÉGA-3.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_END

Cardiopathie ischémique (IHD) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

CALCULATE IHD_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR ISCHEMIC HEART DISEASE; IHD_MED=2 OTHERWISE

IHD_1	CCC_ANGI_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur)?		
REMARQUE : ANGINE EST UN TERME QUI DÉCRIT UNE DOULEUR À LA POITRINE QUI SURVIENT SI UNE PARTIE DU MUSCLE CARDIAQUE NE REÇOIT PAS ASSEZ DE SANG. L'ANGINE EST UN SYMPTÔME D'INSUFFISANCE CORONAIRE. LES PERSONNES ATTEINTES D'ANGINE PEUVENT RESSENTIR UN SERREMENT, UNE PRESSION, UNE LOURDEUR, UNE CONTRACTION OU DE LA DOULEUR À LA POITRINE. LA DOULEUR PEUT ÉGALEMENT ÊTRE RESSENTIE DANS LES ÉPAULES, LES BRAS, LE COU, LA MÂCHOIRE OU LE DOS. LA DOULEUR RELIÉE À L'ANGINE PEUT MÊME RESSEMBLER À CELLE ASSOCIÉE À UNE INDIGESTION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_1a	CCC_ANGI_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_ANGI_COF4 = NO AND CCC_ANGI_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_2	IHD_ANGIAGE_COF4	
[ASK IF CCC_ANGI_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur)?		
INTERVIEWEUR-SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_3	CCC_AMI_COF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde?	
REMARQUE : UNE CRISE CARDIAQUE, AUSSI APPELÉE INFARCTUS DU MYOCARDE, SURVIENT LORSQUE LA CIRCULATION SANGUINE VERS LE CŒUR EST BLOQUÉE, LE PLUS SOUVENT PAR UNE ACCUMULATION DE GRAS, DE CHOLESTÉROL ET D'AUTRES SUBSTANCES QUI FORMENT UNE PLAQUE DANS LES ARTÈRES QUI ALIMENTENT LE CŒUR (ARTÈRES CORONARIENNES). L'INTERRUPTION DE LA CIRCULATION PEUT ENDOMMAGER OU DÉTRUIRE LE MUSCLE CARDIAQUE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_3a	CCC_AMI_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_AMI_COF4 = NO AND CCC_AMI_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_4	IHD_AMIAGE_COF4
[ASK IF CCC_AMI_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_5	IHD_CAB_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà subi un pontage coronarien, une angioplastie, une chirurgie pour installer une endoprothèse (ou « stent ») ou une angioplastie par ballonnet pour une maladie du cœur?	
REMARQUE : PONTAGE CORONARIEN : INTERVENTION CHIRURGICALE UTILISÉE POUR SOULAGER LES SYMPTÔMES D'ANGINE ET RÉDUIRE LE RISQUE DE DÉCÈS DES SUITES D'UNE MALADIE CORONARIENNE. DES ARTÈRES OU DES VEINES PRISES À UN AUTRE ENDROIT DU CORPS DU PATIENT SONT GREFFÉES SUR LES ARTÈRES CORONARIENNES POUR RÉALISER UNE DÉRIVATION DES ARTÈRES OBSTRUÉES ET AUGMENTER L'APPORT EN SANG AU MUSCLE CARDIAQUE. ANGIOPLASTIE (AUSSI APPELÉE ANGIOPLASTIE CORONAIRE TRANSLUMINALE PERCUTANÉE) : UN BALLONNET VIDE ET DÉGONFLÉ FIXÉ SUR UN FIL DE MÉTAL SERVANT DE GUIDE APPELÉ CATHÉTER EST INSÉRÉ À TRAVERS LES ARTÈRES OBSTRUÉES, PUIS GONFLÉ. LE BALLONNET DÉLOGE LES DÉPÔTS GRAISSEUX ET OUVRE LE VAISSEAU SANGUIN POUR AMÉLIORER LA CIRCULATION. PUIS, LE BALLONNET EST DÉGONFLÉ ET RETIRÉ. ENDOPROTHÈSE (OU STENT) : TUBE INSÉRÉ DANS LES ARTÈRES CORONARIENNES QUI ALIMENTENT LE CŒUR AFIN QUE CELLES-CI PUISSENT DEMEURER OUVERTES LORS DU TRAITEMENT D'UNE MALADIE CORONARIENNE. LES ENDOPROTHÈSES SONT HABITUELLEMENT PLACÉES DANS LES ARTÈRES APRÈS UNE ANGIOPLASTIE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_6	IHD_ANGIO_COF4
[ASK IF IHD_CAB_COF4 ≠ YES]	
Avez-vous déjà passé un angiogramme?	
REMARQUE : UN ANGIOGRAMME MONTRE LE FLUX SANGUIN DANS LES ARTÈRES, LES VEINES OU LE CŒUR, À L'AIDE DE RAYONS X, D'UNE ANGIOGRAPHIE PAR TOMODENSITOMÉTRIE (CT SCAN) OU D'UNE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE. APRÈS INJECTION D'UN AGENT DE CONTRASTE DANS LE SANG, LES VAISSEAUX SANGUINS S'ILLUMINENT SUR L'IMAGE EN PRÉSENCE DE CIRCULATION SANGUINE.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_7	IHD_BLOCK_COF4	
[ASK IF IHD_ANGIO_COF4 = YES]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez avez une ou des artères bloquées?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_7a	IHD_BLOCK_CHANGE_COF4	
[ASK IF IHD_BLOCK_COF4 = NO AND IHD_BLOCK_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous aviez avez une ou des artères bloquées. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

[CALCULATE ANY_IHD=1 IF CCC_ANGI_COF4 = YES OR CCC_AMI_COF4 = YES OR IHD_BLOCK_COF4 = YES; ANY_IHD=2 OTHERWISE]

[IF ANY_IHD=1 THEN CONTINUE, IF ANY_IHD=2 AND IHD_MED=1 THEN SKIP TO IHD_MEDHOME_COF4, IF ANY_IHD=2 AND IHD_MED=2 THEN SKIP TO IHD_END]

IHD_8	IHD_MED_COF4	
[ASK IF ANY_IHD = 1 AND IHD_CAB_COF4 ≠ YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner une maladie du cœur?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_8a	IHD_MEDCUR_COF4
[ASK IF IHD_MED_COF4 = YES AND IHD_MED=1]	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter une maladie du cœur?	
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UNE CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE)	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_8b	IHD_MEDNAME_COF4
[ASK IF IHD_MED_COF4 = YES AND IHD_MED=2]	
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre maladie du cœur?	
SP	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_8c	IHD_MEDHOME_COF4
[ASK IF IHD_MED=1 AND (ANY_IHD=2 OR IHD_MED_COF4 = NO)]	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter une maladie du cœur. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter une maladie du cœur?	
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UNE CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE)	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_9	IHD_EVRMED_COF4
[ASK IF (ANY_IHD=1 AND IHD_MED_COF4 = NO AND IHD_MEDHOME_COF4 ≠ YES) OR ANY_IHD=2 AND IHD_MEDHOME_COF4 = DK_NA OR REFUSED)]	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner une maladie du cœur?	
SP	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

IHD_END

Sténose aortique (AOR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

AOR_1	AOR_AORSTN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez une sténose aortique (ou un rétrécissement/épaississement de la valve aortique, valve principale du cœur, ou des dépôts de calcium sur celle-ci)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

AOR_1a	AOR_AORAGE_COF4	
[ASK IF AOR_AORSTN_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de sténose aortique?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

AOR_1b	AOR_CHANGE_COF4	
[ASK IF AOR_AORSTN_COF4 = NO AND AOR_AORSTN_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de sténose aortique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

AOR_2	AOR_SURGAV_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale pour remplacer/réparer la valve aortique dans votre cœur?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

AOR_2a	AOR_SURGAGE_COF4	
[ASK IF AOR_SURGAV_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous subi une chirurgie pour remplacer/réparer la valve aortique dans votre cœur?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

AOR_2b	AOR_SURTYPE_COF4	
[ASK IF AOR_SURGAV_COF4 = YES]		
Avez-vous eu une chirurgie à cœur ouvert ou une chirurgie mini-invasive (ITVA ou RVAT)?		
INTERVIEWEUR·SE : ITVA = IMPLANTATION TRANSCATHÉTER DE VALVE AORTIQUE RVAT = REMPLACEMENT DE VALVE AORTIQUE PAR VOIE TRANSCATHÉTER		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
OPENHS	1	Chirurgie à cœur ouvert
MININV	2	Chirurgie mini-invasive
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

AOR_2c	AOR_VALVE_COF4	
[ASK IF AOR_SURTYPE_COF4 = OPENHS]		
Si vous avez subi une chirurgie à cœur ouvert pour remplacer votre valve aortique, quel type de valve vous a-t-on implanté?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MECVALV	1	Une valve mécanique
TISVALV	2	Une valve tissulaire (p. ex., porc, vache, etc.)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

AOR_END

Questionnaire de l'OMS (ROS) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Bodegard J, Erikssen G, Bjornholt JV, Thelle D, Erikssen J. Possible angina detected by the WHO angina questionnaire in apparently healthy men with a normal exercise ECG: coronary heart disease or not? A 26 year follow up study. *Heart*. 2004 Jun;90(6):627-32.

Cook DG, Shaper AG, MacFarlane PW. Using the WHO (Rose) angina questionnaire in cardiovascular epidemiology. *Int J Epidemiol*. 1989 Sep;18(3):607-13.

Lawlor DA, Adamson J, Ebrahim S Performance of the WHO Rose angina questionnaire in post-menopausal women: Are all of the questions necessary? *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003;57:538-541.

Rose GA. The diagnosis of ischaemic heart pain and intermittent claudication in field surveys. *Bull World Health Organ*. 1962;27:645-658

REMARQUE : CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE LUES EXACTEMENT COMME ELLES ONT ÉTÉ RÉDIGÉES ET LES CHOIX DE RÉPONSE DOIVENT ÉGALEMENT ÊTRE LUS EN ENTIER. AUCUNE DÉVIATION DE CE TEXTE N'EST PERMISE.

ROS_1	ROS_PAIN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà ressenti une douleur ou une gêne dans la poitrine?		
INTERVIEWEUR-SE : MÊME SI LE/LA PARTICIPANT-E EXPLIQUE QUE SA DOULEUR À LA POITRINE EST LIÉE À L'ESTOMAC, LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST « OUI ». PASSER À ROS_HILL_COF4		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ROS_2	ROS_HILL_COF4	
[ASK IF ROS_PAIN_COF4 = YES]		
La ressentez-vous quand vous montez une côte ou quand vous marchez vite?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DONT_WALK_UPHILL	6	Ne monte jamais de côte ou ne marche jamais vite
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

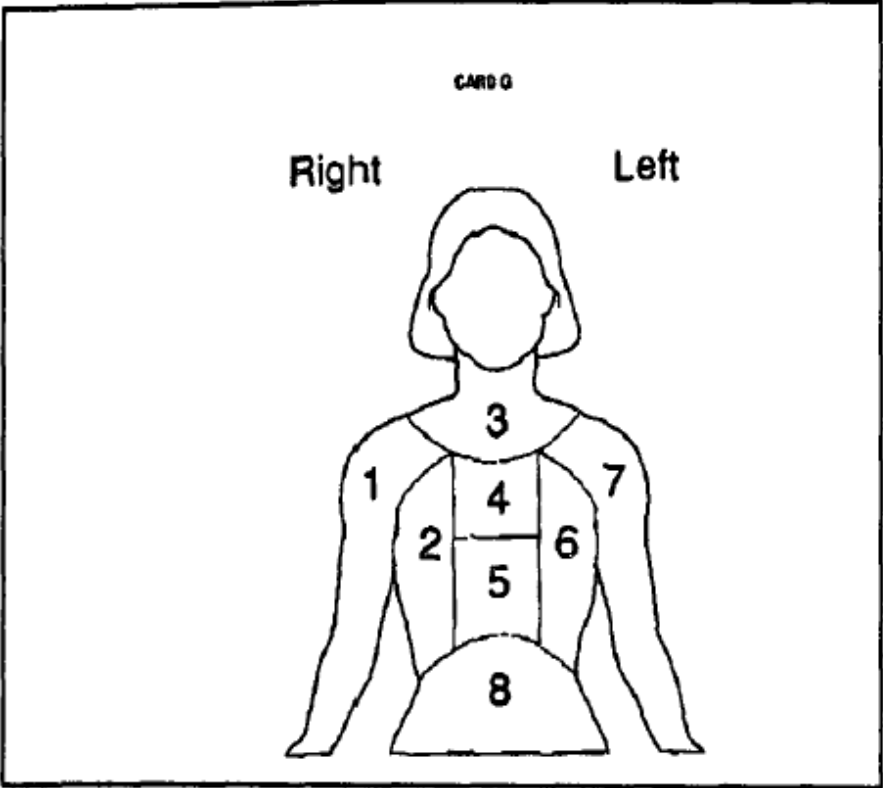
ROS_3	ROS_LEVEL_COF4
[ASK IF ROS_PAIN_COF4 = YES]	
La ressentez-vous quand vous marchez d'un pas normal sur terrain plat?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

ROS_4	ROS_BLOCK_NB_COF4
[ASK IF ROS_LEVEL_COF4 = YES]	
Après avoir marché combien de pâtés de maisons ressentez-vous cette douleur à la poitrine?	
INTERVIEWEUR-SE : INSCRIRE « 00 » SI MOINS D'UN PÂTÉ DE MAISONS	
	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE PÂTÉS DE MAISONS
DK_NA	98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

ROS_5	ROS_DOWLK_COF4
[ASK IF (ROS_HILL_COF4 = YES) OR (ROS_HILL_COF4 = NO AND ROS_LEVEL_COF4 = YES)]	
Que faites-vous si vous la ressentez tandis que vous marchez?	
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
STOPS_SLOW_DOWN	1 S'arrête ou ralentit
NITRO_CONTINUE	2 Prend de la nitroglycérine et continue au même rythme
CONTINUE	3 Continue au même rythme
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

ROS_6	ROS_STILL_COF4
[ASK IF ROS_DOWLK_COF4 = STOPS_SLOW_DOWN]	
Si vous vous arrêtez, la douleur ou la gêne diminue-t-elle?	
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
GETS_BETTER	1 Diminue
NOT_GET_BETTER	2 Ne diminue pas
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

ROS_7	ROS_SOON_COF4	
[ASK IF ROS_DOWLK_COF4 IS NOT NULL OR ROS_STILL_COF4 = GETS_BETTER]		
Au bout de combien de temps la douleur ou la gêne diminue-t-elle?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
10_MIN_OR_LESS	1	Dix minutes ou moins
MORE_THAN_10_MIN	2	Plus de dix minutes
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ROS_8	ROS_LOC_COF4						
[ASK IF ROS_PAIN_COF4 = YES]							
Où se localise cette douleur ou gêne? (Voulez-vous me montrer où se localise cette douleur ou gêne?)							
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
CARD G 							
01	02	03	04	05	06	07	08
ROS_LOC_01_COF4	ROS_LOC_02_COF4	ROS_LOC_03_COF4	ROS_LOC_04_COF4	ROS_LOC_05_COF4	ROS_LOC_06_COF4	ROS_LOC_07_COF4	ROS_LOC_08_COF4
ROS_LOC_DK_NA_COF4			98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse			
ROS_LOC_REFUSED_COF4			99	[NE PAS LIRE] Refus			

ROS_9	ROS_SEVPAIN_COF4	
[ASK IF ROS_PAIN_COF4 = YES]		
Avez-vous déjà ressenti dans la poitrine une douleur vive « en barre » qui a duré une demi-heure ou plus?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ROS_END

Arthrose de la main (OSA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

REMARQUE : Arthrose : problème articulaire causé par le vieillissement et l'usure d'une articulation. Les symptômes les plus communs sont la douleur et la raideur des articulations. La douleur est habituellement pire après l'exercice et lorsqu'un poids ou une pression est appliqué sur l'articulation. L'enflure articulaire est normalement observée dans les articulations les plus près des ongles (voir le diagramme à la question OSA_4/OSA_LGJNT plus bas).

La polyarthrite rhumatoïde (qui n'est pas l'objet de cette question) est une maladie de longue durée qui entraîne l'inflammation des articulations et des tissus voisins. Cette maladie commence souvent lentement, habituellement par un peu de douleur et de raideur articulaire, et de la fatigue. Les symptômes articulaires peuvent inclure de la raideur matinale, une impression de chaleur, de sensibilité et de raideur lorsque l'articulation n'est pas utilisée pendant une heure. La douleur articulaire est souvent ressentie à la même articulation des deux côtés. Avec le temps, les articulations peuvent perdre leur amplitude et être déformées. L'enflure articulaire est normalement observée dans les articulations les plus près de la base des doigts (voir le diagramme à la question OSA_4/OSA_LGJNT plus bas).

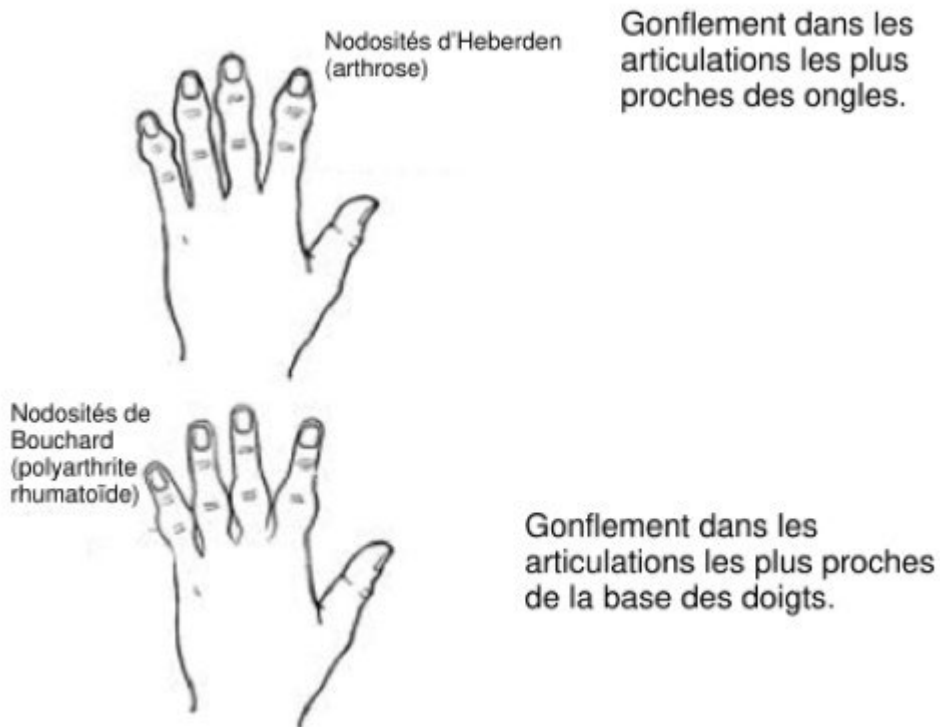
Maintenant, quelques questions sur l'arthrose...

OSA_1	CCC_OAHAND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_1a	CCC_OAHAND_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_OAHAND_COF4 = NO AND CCC_OAHAND_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_2	OSA_AGE_COF4	
[ASK IF CCC_OAHAND_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_3	OSA_LGJNT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Les articulations situées le plus près de vos ongles sont-elles gonflées?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

NOTE:


OSA_4	OSA_NBFNG_COF4	
[ASK IF OSA_LGJNT_COF4 = YES]		
Dans combien de doigts observez-vous un gonflement de l'articulation située le plus près de l'ongle?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_HALF	1	Moins de la moitié
HALF_OR_MORE	2	La moitié ou plus
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_5	OSA_PAINJNT_COF4	
[ASK IF OSA_LGJNT_COF4 = YES]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à la petite articulation située le plus près des ongles?		
REMARQUE : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, SOULIGNEZ QUE VOUS VOULEZ CONNAÎTRE LA DOULEUR OU LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES <u>QUATRE DERNIÈRES SEMAINES</u>.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_6	OSA_LGTMB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
L'articulation située à la base de vos pouces juste après votre poignet est-elle gonflée?		
REMARQUE : SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E, LUI MONTRER L'ENDROIT SUR L'IMAGE.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_7	OSA_PAINTMB_COF4	
[ASK IF OSA_LGTMB_COF4 = YES]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à la base de vos pouces, juste après votre poignet?		
REMARQUE : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, SOULIGNEZ QUE VOUS VOULEZ CONNAÎTRE LA DOULEUR OU LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES <u>QUATRE DERNIÈRES SEMAINES</u>.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_END

Arthrose de la hanche (OSH) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

OSH_1	CCC_OAHIP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_1a	CCC_OAHIP_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_OAHIP_COF4 = NO AND CCC_OAHIP_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_2	OSH_AGE_COF4	
[ASK IF CCC_OAHIP_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose à la hanche?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_3	OSH_HIPRPL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi un remplacement de hanche?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_4	OSH_FRAC_COF4	
[ASK IF OSH_HIPRPL_COF4 = YES]		
Vous a-t-on remplacé la hanche parce qu'elle était brisée ou fracturée?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_5	OSH_PAIN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à l'aîne ou à la partie intérieure du haut de la cuisse?		
REMARQUE : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, SOULIGNEZ QUE VOUS VOULEZ CONNAÎTRE LA DOULEUR OU LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES <u>QUATRE DERNIÈRES SEMAINES</u>.		
LE TERME « AMPLITUDE » RENVOIE AU MOUVEMENT (DISTANCE ET DIRECTION) QUE PEUT NORMALEMENT FAIRE UNE ARTICULATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_6	OSH_PAINSL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti de la douleur à l'aîne ou à la partie intérieure du haut de la cuisse en descendant un escalier ou une pente?		
REMARQUE : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, SOULIGNEZ QUE VOUS VOULEZ CONNAÎTRE LA DOULEUR OU LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES <u>QUATRE DERNIÈRES SEMAINES</u>.		
LE TERME « AMPLITUDE » RENVOIE AU MOUVEMENT (DISTANCE ET DIRECTION) QUE PEUT NORMALEMENT FAIRE UNE ARTICULATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_7	OSH_LOM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous remarqué une limitation de l'amplitude articulaire de vos hanches?		
REMARQUE : POUR CHACUNE DES QUESTIONS, SOULIGNEZ QUE VOUS VOULEZ CONNAÎTRE LA DOULEUR OU LA LIMITATION D'AMPLITUDE QUI AURAIT PU SURVENIR AU COURS DES <u>QUATRE DERNIÈRES SEMAINES</u>.		
LE TERME « AMPLITUDE » RENVOIE AU MOUVEMENT (DISTANCE ET DIRECTION) QUE PEUT NORMALEMENT FAIRE UNE ARTICULATION.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_END

Arthrose du genou (OSK) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

OSK_1	CCC_OAKNEE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_1a	CCC_OAKNEE_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_OAKNEE_COF4 = NO AND CCC_OAKNEE_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_2	OSK_AGE_COF4	
[ASK IF CCC_OAKNEE_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose au genou?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_3	OSK_KNERPL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi un remplacement du genou?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_4	OSK_PAIN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur au genou?		
INTERVIEWEUR-SE : LA DOULEUR PEUT ÊTRE UN INCONFORT		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_5	OSK_PAINSL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti de la douleur au genou en descendant un escalier ou une pente?		
INTERVIEWEUR-SE : LA DOULEUR PEUT ÊTRE UN INCONFORT		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_6	OSK_SWELL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , votre genou a-t-il été enflé?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_END

Musculosquelettique : Autre (OAR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)
--

Maintenant, passons à une nouvelle section...

OAR_1	CCC_RA_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous étiez atteint·e de polyarthrite rhumatoïde?		
REMARQUE : LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE EST UNE MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE QUI TOUCHE HABITUELLEMENT LES PETITES ARTICULATIONS DES MAINS ET DES PIEDS. CONTRAIREMENT À L'ARTHROSE OÙ LES DOMMAGES SONT LIÉS À L'USURE, LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE CAUSE UNE ENFLURE DOULOUREUSE DE LA MEMBRANE SYNOVIALE DE L'ARTICULATION, CE QUI PEUT MENER À L'ÉROSION DES OS ET DES DÉFORMATIONS.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OAR_1a	CCC_RA_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_RA_COF4 = NO AND CCC_RA_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint·e de polyarthrite rhumatoïde. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OAR_END

Ostéoporose (OST) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

OST_1	CCC_OSTPO_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles?		
INTERVIEWEUR·SE : NOTER QUE L'OSTÉOPOROSE EST DIFFÉRENTE DE L'ARTHROSE		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_1a	CCC_OSTPO_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_OSTPO_COF4 = NO AND CCC_OSTPO_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_2	OST_AGE_COF4	
[ASK IF CCC_OSTPO_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[CALCULATE OST_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR OSTEOPOROSIS; OST_MED=2 OTHERWISE]

[IF CCC_OSTPO_COF4 = YES CONTINUE, IF CCC_OSTPO_COF4 = NO AND OST_MED=1 THEN SKIP TO OST_MEDHOME_COF4, IF CCC_OSTPO_COF4 = NO AND OST_MED=2 THEN SKIP TO OST_BONE_COF4]

OST_3	OST_MED_COF4	
[ASK IF CCC_OSTPO_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour traiter l'ostéoporose?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_3a	OST_MEDCUR_COF4	
[ASK IF OST_MED_COF4 = YES AND OST_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'ostéoporose?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'OSTÉOPOROSE)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_3b	OST_MEDNAME_COF4	
[ASK IF OST_MED_COF4 = YES AND OST_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre ostéoporose?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_3c	OST_MEDHOME_COF4	
[ASK IF OST_MED=1 AND (CCC_OSTPO_COF4 = NO OR OST_MED_COF4 = NO)]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'ostéoporose. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'ostéoporose?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'OSTÉOPOROSE)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_4	OST_EVRMD_COF4	
[ASK IF CCC_OSTPO_COF4 = YES AND (OST_MED_COF4 = DK_NA OR REFUSED OR OST_MED=2 OR OST_MEDHOME_COF4 = NO)]		
Avez-vous déjà pris des médicaments pour traiter l'ostéoporose?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_5	OST_BONE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà souffert, à l'âge adulte, d'une fracture résultant d'une légère chute ou d'un traumatisme de faible intensité (par exemple, une simple chute de la position debout)?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_6	OST_FRAC_COF4	
[ASK IF OST_BONE_COF4 = YES]		
Quel type de fracture était-ce?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT.		
OST_FRAC_HIP_COF4	01	Hanche
OST_FRAC_ARM_COF4	02	Humérus (bras)
OST_FRAC_SPINE_COF4	03	Colonne vertébrale
OST_FRAC_WRST_COF4	04	Poignet
OST_FRAC_RIB_COF4	05	Côte
OST_FRAC_PELV_COF4	06	Pelvis
OST_FRAC_OTSP_COF4	97	Autre : _____
OST_FRAC_DK_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
OST_FRAC_RF_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

Maintenant, je vais vous poser des questions sur les fractures de la hanche que vos parents auraient pu subir.

OST_7	OST_MOM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Votre mère a-t-elle subi une fracture de la hanche après l'âge de 50 ans?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_8	OST_DAD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Votre père a-t-il subi une fracture de la hanche après l'âge de 50 ans?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_9	OST_HGT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Environ combien mesuriez-vous dans la vingtaine (arrondissez au pouce ou au centimètre près)?		
INSCRIRE LA RÉPONSE EN PIEDS ET EN POUCES OU EN MÈTRES ET EN CENTIMÈTRES :		
FT	Pieds	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE PIEDS (MASK: MIN=2, MAX=7)
IN	Pouces	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE POUCES (MASK: MIN=0, MAX=11.9)
METERS	Mètres	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE MÈTRES (MASK: MIN=0, MAX=2)
CM	Centimètres	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE CENTIMÈTRES (MASK: MIN=0, MAX=99)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OST_10	OST_CST_COF4
[ALWAYS ASK]	
Prenez-vous des corticostéroïdes comme la prednisone ou la cortisone en comprimé, ou en avez-vous déjà pris?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

OST_10a	OST_CSTAGE_COF4
[ASK IF OST_CST_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année avez-vous pris des corticostéroïdes pour la dernière fois?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

OST_10b	OST_CST_MTNB_COF4
[ASK IF OST_CST_COF4 = YES]	
Depuis votre naissance, pendant combien de mois avez-vous pris des corticostéroïdes?	
INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE DE MOIS EXACT, INSCRIRE LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE	
	Mois _____ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

OST_11	OST_BP_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà eu mal au dos, la plupart des jours, pendant au moins un mois?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

OST_11a	OST_BP_DUR_COF4	
[ASK IF OST_BP_COF4 = YES]		
Pendant combien de temps?		
INTERVIEWEUR·SE : SI LE/LA PARTICIPANT·E N'EST PAS CERTAIN·E DU NOMBRE EXACT, INSCRIRE LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE		
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS (MASK: MIN=0, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE D'ANNÉES (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OST_12	OST_BCKPPM_COF4	
[ASK IF OST_BP_COF4 = YES]		
Avez-vous ressenti cette douleur au cours des douze derniers mois?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_13	OST_BCKPLOC_COF4	
[ASK IF OST_BP_COF4 = YES]		
Dans quelle partie de votre dos la douleur se situe-t-elle ou se situait-elle?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
UPPER	1	Haut (au-dessus des omoplates)
MIDDLE	2	Milieu
LOWER	3	Bas (sous la taille)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

OST_END

Neuropsychiatrique (DPR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

DPR_1	DPR_CLINDEP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de dépression clinique?		
REMARQUE : LA SÉVÉRITÉ DE LA DÉPRESSION VARIE D'ÉPISODES LÉGERS ET TEMPORAIRES DE TRISTESSE À UNE DÉPRESSION SÉVÈRE ET PERSISTANTE. UNE « DÉPRESSION CLINIQUE » DÉCRIT LA FORME PLUS SÉVÈRE DE DÉPRESSION, AUSSI APPELÉE « DÉPRESSION MAJEURE » OU « TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR ».		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_1a	DPR_CLINDEP_CHANGE_COF4	
[ASK IF DPR_CLINDEP_COF4 = NO AND DPR_CLINDEP_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de dépression clinique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_2	DPR_AGE_COF4	
[ASK IF DPR_CLINDEP_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de dépression clinique?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[CALCULATE DPR_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR DEPRESSION; DPR_MED=2 OTHERWISE]

[IF DPR_CLINDEP_COF4 = YES CONTINUE, IF DPR_CLINDEP_COF4 = NO AND DPR_MED=1 THEN SKIP TO DPR_MEDHOME_COF4, IF DPR_CLINDEP_COF4 = NO AND DPR_MED=2 THEN SKIP TO DPR_END]

DPR_3	DPR_MED_COF4	
[ASK IF DPR_CLINDEP_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner la dépression?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_3a	DPR_MEDCUR_COF4	
[ASK IF DPR_MED_COF4 = YES AND DPR_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter la dépression?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LA DÉPRESSION)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_3b	DPR_MEDNAME_COF4	
[ASK IF DPR_MED_COF4 = YES AND DPR_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre dépression?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_3c	DPR_MEDHOME_COF4	
[ASK IF DPR_MED=1 AND (DPR_CLINDEP_COF4 = NO OR DPR_MED_COF4 = NO)]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter la dépression. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter la dépression?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT-E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LA DÉPRESSION)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CALCULATE ANY_PMED=1 IF (DPR_MED_COF4 = YES OR ANY DRUGS FOR DPR_MEDHOME_COF4 ANSWERED "YES"); ANY_PMED=2 OTHERWISE

DPR_3d	DPR_OTHMD_COF4	
[ASK IF DPR_CLINDEP_COF4 = YES OR (DPR_CLINDEP_COF4 = NO AND DPR_MEDHOME_COF4 = YES DK_NA OR REFUSED)]		
Suivez-vous un autre traitement pour soigner la dépression?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_3e	DPR_OTH_COF4	
[ASK IF DPR_OTHMD_COF4 = YES]		
Quels autres traitements suivez-vous actuellement?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
DPR_OTH_COUNS_COF4	01	Counseling
DPR_OTH_PSYCH_COF4	02	Psychothérapie
DPR_OTH_PSYTRT_COF4	03	Traitement psychiatrique
DPR_OTH_OTSP_COF4	97	Autre : _____
DPR_OTH_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
DPR_OTH_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_4	DPR_EVRTRT_COF4	
[ASK IF DPR_OTHMD_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED AND ANY_PMED=2]		
Avez-vous déjà suivi un traitement pour soigner la dépression autre qu'un traitement médicamenteux?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_4a	DPR_EVR_COF4	
[ASK IF DPR_EVRTRT_COF4 = YES]		
Quels autres traitements <u>avez-vous</u> suivis?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
DPR_EVR_COUNS_COF4	01	Counseling
DPR_EVR_PSYCH_COF4	02	Psychothérapie
DPR_EVR_PSYTRT_COF4	03	Traitement psychiatrique
DPR_EVR_OTSP_COF4	97	Autre : _____
DPR_EVR_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
DPR_EVR_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

DPR_END

Dépression (DEP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

La Dre Elena Andresen, auteure, a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser le Center for Epidemiological Studies Short Depression Scale (CES-D-10).

Aperçu	<p>Nombre de gens se sentent déprimés à un moment ou à un autre, et ce, à différents degrés. En revanche, la dépression de longue durée est un grave problème de santé, à la fois sur le plan physique et mental.</p> <p>Ce module contient une série de questions détaillées sur la dépression. Les réponses seront regroupées pour déterminer la probabilité que le/la participant·e soit déprimé·e.</p> <p>Ce module recueille de l'information sur la durée des épisodes de dépression, le moment auquel ils se sont produits et leurs conséquences.</p>
---------------	--

Pour les prochaines questions, veuillez penser à comment vous vous êtes senti·e au cours des sept derniers jours. Veuillez choisir la réponse qui convient le mieux.

Je vous lirai d'abord une question, puis je vous lirai les choix de réponse.

DEP_1	DEP_BOTR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous été contrarié·e par des choses qui d'habitude ne vous dérangent pas?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_2	DEP_MIND_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faisiez?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_3	DEP_FLDP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous êtes-vous senti-e déprimé-e?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_4	DEP_FFRT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous eu l'impression que toute action vous demandait un effort?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_5	DEP_HPFL_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous été confiant-e en l'avenir?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Rappelez-vous, les questions suivantes portent sur comment vous vous êtes senti·e au cours de la dernière semaine.

DEP_6	DEP_FRFL_COF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence vous êtes-vous senti·e craintif·ve ou larmoyant·e?	
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.	
ALL_TIME	1 Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2 Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3 Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4 Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

DEP_7	DEP_RSTLS_COF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence votre sommeil n'a-t-il pas été bon?	
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.	
ALL_TIME	1 Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2 Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3 Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4 Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

DEP_8	DEP_HAPP_COF4
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence avez-vous été heureux·se?	
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.	
ALL_TIME	1 Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2 Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3 Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4 Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

DEP_9	DEP_LONLY_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous êtes-vous senti·e seul·e?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_10	DEP_GTGO_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous senti·e que vous manquez d'entraîné?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES EXACTEMENT COMME ILS ONT ÉTÉ RÉDIGÉS.		
ALL_TIME	1	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	2	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	3	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	4	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_END

Parkinsonisme (PKD) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

La Dre Caroline Tanner, auteure, a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser cet instrument.

Aperçu	<p>Dans ce module, les participant·es doivent répondre à des questions sur le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson afin de nous permettre d'estimer le pourcentage de participant·es qui pourraient être atteint·es de l'une ou l'autre de ces maladies.</p> <p>Importance du module : Le parkinsonisme est une affection qui entraîne une combinaison de mouvements anormaux associés à la maladie de Parkinson, tels que des tremblements, de la lenteur au niveau des mouvements, des problèmes d'élocution ou de la rigidité musculaire. Les personnes atteintes de parkinsonisme ne sont pas toutes atteintes de la maladie de Parkinson.</p> <p>La maladie de Parkinson est une affection dégénérative du système nerveux central. Au début de la maladie, les symptômes les plus visibles sont associés aux mouvements et incluent des tremblements, de la rigidité, une lenteur du mouvement et de la difficulté à marcher et à avoir une démarche normale. Plus tard, des troubles cognitifs et comportementaux peuvent apparaître et la démence débute à un stade avancé de la maladie. D'autres symptômes peuvent survenir, comme des problèmes sensoriels, des troubles de sommeil et des problèmes émotionnels.</p>
---------------	--

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur le parkinsonisme et la maladie de Parkinson. Même si vous n'êtes pas atteint·e de ces maladies ou des symptômes qui s'y rattachent, vos réponses nous aideront à estimer le pourcentage de personnes de cette étude qui ont ou n'ont pas ces maladies ou les symptômes qui s'y rattachent.

PKD_1	CCC_PARK_COF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson?	
REMARQUE : LE PARKINSONISME EST UNE AFFECTION QUI ENTRAÎNE UNE COMBINAISON DE MOUVEMENTS ANORMAUX ASSOCIÉS À LA MALADIE DE PARKINSON, TELS QUE DES TREMBLEMENTS, DE LA LENTEUR AU NIVEAU DES MOUVEMENTS, DES PROBLÈMES D'ÉLOCUTION OU DE LA RIGIDITÉ MUSCULAIRE. LES PERSONNES ATTEINTES DE PARKINSONISME NE SONT PAS TOUTES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON. LA MALADIE DE PARKINSON EST UNE AFFECTION DÉGÉNÉRATIVE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL. AU DÉBUT DE LA MALADIE, LES SYMPTÔMES LES PLUS VISIBLES SONT ASSOCIÉS AUX MOUVEMENTS ET INCLUENT DES TREMBLEMENTS, DE LA RIGIDITÉ, UNE LENTEUR DU MOUVEMENT ET DE LA DIFFICULTÉ À MARCHER ET À AVOIR UNE DÉMARCHÉ NORMALE. PLUS TARD, DES TROUBLES COGNITIFS ET COMPORTEMENTAUX PEUVENT APPARAÎTRE ET LA DÉMENCE DÉBUTE À UN STADE AVANCÉ DE LA MALADIE. D'AUTRES SYMPTÔMES PEUVENT SURVENIR, COMME DES PROBLÈMES SENSORIELS, DES TROUBLES DE SOMMEIL ET DES PROBLÈMES ÉMOTIONNELS.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_1a	CCC_PARK_CHANGE_COF4	
[ASK IF CCC_PARK_COF4 = NO AND CCC_PARK_COF3 = YES]		
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_2	PKD_AGE_COF4	
[ASK IF CCC_PARK_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à souffrir de parkinsonisme ou vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de la maladie de Parkinson?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=YEAR OF BIRTH, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CALCULATE PKD_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR PARKINSONISM; PKD_MED=2 OTHERWISE

[IF CCC_PARK_COF4 = YES CONTINUE, IF CCC_PARK_COF4 = NO AND PKD_MED=1 THEN SKIP TO PKD_MEDHOME_COF4, IF CCC_PARK_COF4 = NO AND PKD_MED=2 THEN SKIP TO PKD_SHKE_COF4]

PKD_3	PKD_MED_COF4	
[ASK IF CCC_PARK_COF4 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_3a	PKD_MEDCUR_COF4	
[ASK IF PKD_MED_COF4 = YES AND PKD_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LE PARKINSONISME)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_3b	PKD_MEDNAME_COF4	
[ASK IF PKD_MED_COF4 = YES AND PKD_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre parkinsonisme ou votre maladie de Parkinson?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_3c	PKD_MEDHOME_COF4	
[ASK IF PKD_MED=1 AND (CCC_PARK_COF4 = NO OR PKD_MED_COF4 = NO)]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LE PARKINSONISME OU LA MALADIE DE PARKINSON)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CALCULATE ANY_PMED=1 IF (PKD_MED_COF4 = YES OR ANY DRUGS FOR PKD_MEDHOME_COF4 ANSWERED "YES"); ANY_PMED=2 OTHERWISE

PKD_3d	PKD_OTHMD_COF4	
[ASK IF CCC_PARK_COF4 = YES OR (CCC_PARK_COF4 = NO AND PKD_MEDHOME_COF4 ≠ NO)]		
Suivez-vous un autre traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_4	PKD_EVRMED_COF4	
[ASK IF PMED=2 AND PKD_OTHMD_COF4 = NO OR DK_NA OR REFUSED]		
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_5	PKD_SHKE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Vos bras ou vos jambes tremblent-ils?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_5a	PKD_SHKSEV_COF4	
[ASK IF PKD_SHKE_COF4 = YES]		
Ce tremblement est-il plus important ou perceptible lorsque vos membres sont au repos ou lorsque vous vous en servez?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
RESTING	1	Au repos
DURING_USE_ACTION	2	Pendant l'utilisation
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_6	PKD_SMWRT_COF4
[ALWAYS ASK]	
Votre écriture est-elle plus petite qu'auparavant?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_7	PKD_BUTON_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous de la difficulté à attacher les boutons?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_8	PKD_VOICE_COF4
[ALWAYS ASK]	
Vous a-t-on mentionné que votre voix est plus faible qu'auparavant?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_9	PKD_FEET_COF4
[ALWAYS ASK]	
Vos pieds bloquent-ils soudainement dans les entrées de porte?	
INTERVIEWEUR·SE : LES PERSONNES QUI ONT CE SYMPTÔME SAVENT CE QUE CETTE EXPRESSION SIGNIFIE. SI UN·E PARTICIPANT·E NE COMPREND PAS CE QUE ÇA VEUT DIRE, INSCRIVEZ « NON ».	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_10	PKD_WALK_COF4
[ALWAYS ASK]	
Traînez-vous les pieds et/ou faites-vous de petits pas lorsque vous marchez?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_11	PKD_BAL_COF4
[ALWAYS ASK]	
INTERVIEWEUR·SE : DIRE AU/À LA PARTICIPANT·E DE RÉPONDRE EN FONCTION DE SA PERFORMANCE MOYENNE AU COURS DU DERNIER MOIS, ET NON EN FONCTION DU TEST D'ÉQUILIBRE QU'IL/ELLE VIENT DE FAIRE.	
Votre équilibre est-il mauvais?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_12	PKD_FACE_COF4
[ALWAYS ASK]	
Votre visage est-il moins expressif qu'auparavant?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_13	PKD_RISE_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous de la difficulté à vous lever d'une chaise?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

PKD_END

Obstruction chronique des voies respiratoires (CAO) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)

CAO_1	CCC_ASTHM_COF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez d'asthme?	
REMARQUE : L'ASTHME EST UNE MALADIE QUI SE CARACTÉRISE PAR L'INFLAMMATION ET L'OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES ET LA PRODUCTION D'UN SURPLUS DE MUCUS. CETTE OBSTRUCTION PEUT ENTRAÎNER UNE DIFFICULTÉ À RESPIRER, DE LA TOUX, UNE RESPIRATION SIFFLANTE OU L'ESOUFFLEMENT.	
POUR CERTAINES PERSONNES, L'ASTHME EST MINEUR ET INCOMMODANT. POUR D'AUTRES, IL NUIT AUX ACTIVITÉS QUOTIDIENNES ET PEUT MENER À UNE CRISE QUI MET LA VIE DE LA PERSONNE EN DANGER.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_1a	CCC_ASTHM_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_ASTHM_COF4 = NO AND CCC_ASTHM_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'asthme. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_2	CCC_ASTHMAGE_COF4
[ASK IF CCC_ASTHM_COF4 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'asthme?	
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
NB_SP	Âge _____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année _____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_3	CAO_WHEZ_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Votre respiration a-t-elle déjà été sifflante au cours de <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_4	CAO_SOBFLAT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Êtes-vous essoufflé-e en marchant sur une surface plane?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_5	CAO_EXERT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Votre respiration devient-elle sifflante lors d'un effort léger ou modéré?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_6	CAO_SOBUP_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Êtes-vous essoufflé-e en montant un escalier ou une pente douce?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_7	CAO_SOBPM_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense au cours des <u>12 derniers mois</u> ?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_8	CAO_WKWHEZ_COF4
[ALWAYS ASK]	
Vous êtes-vous déjà réveillée avec la respiration sifflante au cours des <u>12 derniers mois</u> ?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_9	CAO_WKCOF_COF4
[ALWAYS ASK]	
Vous êtes-vous déjà réveillée avec une quinte de toux au cours des <u>12 derniers mois</u> ?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_10	CAO_WKSOB_COF4
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà été essoufflé·e le jour pendant que vous étiez au repos au cours des <u>12 derniers mois</u> ?	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_11	CCC_COPD_COF4
[ALWAYS ASK]	
Un·e médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous souffriez ou aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette?	
INTERVIEWEUR·SE : LE TABAGISME RENVOIE UNIQUEMENT AUX « CHANGEMENTS CHRONIQUES AUX POUMONS CAUSÉS PAR LA CIGARETTE » ET NON À L'EMPHYSÈME OU À LA MPOC.	
<u>L'EMPHYSÈME</u> ENDOMMAGE GRADUELLEMENT LES SACS ALVÉOLAIRES (ALVÉOLES) DANS VOS POUMONS, CE QUI VOUS REND PROGRESSIVEMENT PLUS ESSOUFFLÉ·E. L'EMPHYSÈME EST L'UNE DES NOMBREUSES MALADIES CONNUES COLLECTIVEMENT COMME LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC).	
<u>LA MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)</u> EST UNE MALADIE DES POUMONS CARACTÉRISÉE PAR L'OBSTRUCTION CHRONIQUE DU DÉBIT D'AIR DANS LES POUMONS QUI EMPÊCHE LA RESPIRATION NORMALE. ELLE N'EST PAS COMPLÈTEMENT RÉVERSIBLE. LES TERMES « BRONCHITE CHRONIQUE » ET « EMPHYÈME » NE SONT PLUS UTILISÉS. CES MALADIES SONT MAINTENANT REGROUPÉES SOUS LE DIAGNOSTIC DE MPOC. UNE MPOC N'EST PAS SIMPLEMENT UNE « TOUX DE FUMEUR », MAIS BIEN UNE MALADIE DES POUMONS SOUS-DIAGNOSTIQUÉE ET QUI PEUT ENTRAÎNER LA MORT.	
YES	1 Oui
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_11a	CCC_COPD_CHANGE_COF4
[ASK IF CCC_COPD_COF4 = NO <u>AND</u> CCC_COPD_COF3 = YES]	
Lors de votre dernière entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un·e médecin vous avait déjà dit que vous souffriez ou aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	1 Oui : _____
NO	2 Non
DK_NA	8 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9 [NE PAS LIRE] Refus

CAO_12	CAO_COPDAGE_COF4	
[ASK IF CCC_COPD_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'emphysème, de bronchite chronique, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou de changements chroniques aux poumons?		
INTERVIEWEUR·SE : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU/À LA PARTICIPANT·E EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_13	CAO_COLD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Attrapez-vous souvent des rhumes qui durent plus longtemps que ceux des personnes de votre entourage?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_14	CAO_COFPY_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous toussé la plupart des jours?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_15	CAO_COFAM_COF4	
[ASK IF CAO_COFPY_COF4 ≠ NO]		
Le matin, crachez-vous des mucosités?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_16	CAO_COFMAM_COF4	
[ASK IF CAO_COFAM_COF4 = YES]		
Crachez-vous des mucosités la plupart des matins?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_17	CAO_PHLEGMPY_COF4	
[ASK IF CAO_COFPY_COF4 ≠ NO]		
Pendant toute l'année, produisez-vous des mucosités la plupart des jours?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_17a	CCC_TRBCOUGH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous une toux quotidienne gênante?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_17b	CCC_COUGHTM_COF4	
[ASK IF CCC_TRBCOUGH_COF4 = YES]		
Votre toux dure-t-elle depuis...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
8PLUS	1	Plus de 8 semaines
ONEYRPLUS	2	Plus d'un an
FIVEYRPLUS	3	Plus de 5 ans
NO	4	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CALCULATE CAO_MED=1 IF PARTICIPANT IS TAKING AT LEAST ONE MEDICATION INDICATED FOR CHRONIC AIRFLOW OBSTRUCTION; CAO_MED=2 OTHERWISE

CALCULATE ANY_CAO=1 IF CCC_ASTM_COF4 = YES OR CCC_COPD_COF4 = YES; ANY_CAO=2 OTHERWISE

[IF ANY_CAO=1 THEN CONTINUE, IF ANY_CAO=2 AND CAO_MED=1 THEN SKIP TO CAO_MÉDHOME_COF4, IF ANY_CAO=2 AND CAO_MED=2 THEN SKIP TO CAO_END]

CAO_18	CAO_MED_COF4	
[ASK IF ANY_CAO=1]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour des troubles respiratoires?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_18a	CAO_MEDCUR_COF4	
[ASK IF CAO_MED_COF4 = YES AND CAO_MED=1]		
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter des troubles respiratoires?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT-E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UNE OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_18b	CAO_MEDNAME_COF4	
[ASK IF CAO_MED_COF4 = YES AND CAO_MED=2]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre trouble respiratoire?		
SP	1	Oui : _____
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_18c	CAO_MEDHOME_COF4	
[ASK IF CAO_MED=1 AND (ANY_CAO=2 OR CAO_MED_COF4 = NO)]		
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un trouble respiratoire. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un trouble respiratoire?		
(DEMANDER POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE/LA PARTICIPANT·E PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER DES TROUBLES RESPIRATOIRES)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_END

CCC_END

Infections (INF) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur les infections que vous pourriez avoir eues récemment.

INF_1					
[ALWAYS ASK]					
Au cours de la dernière année, avez-vous vu un·e médecin pour l'une des raisons suivantes?					
LIRE CHAQUE INFECTION, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR INFECTION					
REMARQUE : L'INFLUENZA, COMMUNÉMENT APPELÉE LA GRIPPE, EST UNE MALADIE INFECTIEUSE CAUSÉE PAR DES VIRUS À ARN. ON COMPTE PARMIS LES SYMPTÔMES LES PLUS FRÉQUENTS LES FRISONS, LA FIÈVRE, LES MAUX DE GORGE, LA DOULEUR MUSCULAIRE, LES MAUX DE TÊTE SÉVÈRES, LA TOUX, LA FAIBLESSE OU LA FATIGUE ET UN MALAISE GÉNÉRALISÉ. L'INFLUENZA EST DIFFÉRENTE DU RHUME OU DE LA GRIPPE INTESTINALE (QUI EST EN FAIT UNE GASTROENTÉRITE).					
		Oui	Non	**NSP / PR	**RF
		YES	NO	DK_NA	RF
		1	2	8	9
CCC_DRPNEU_COF4	Pneumonie				
CCC_DRFLU_COF4	Grippe (Influenza)				
CCC_DRUTI_COF4	Infection des voies urinaires				
CCC_DRC19_COF4	Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)				
CCC_DROT_OTSP_COF4	Toutes autres infections? Veuillez préciser : _____				

** remplace la consigne [NE PAS LIRE]. Le texte ne doit pas être lu.

INF_2	CCC_RHSN_COF4		
[ALWAYS ASK]			
Un·e médecin vous a-t-il/elle diagnostiqué une rhinite ou une sinusite?			
YES	1	Oui	
NO	2	Non	
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus	

INF_2a	CCC_RHSNSYM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous des symptômes d'écoulement nasal, d'éternuements, de congestion nasale, de douleur ou d'obstruction au visage, de sécrétions nasales ou de sensation d'écoulement postnasal?		
REMARQUE : UN ÉCOULEMENT POSTNASAL EST L'ACCUMULATION DE MUCUS AU FOND DE LA GORGE. IL PEUT PROVOQUER UNE SENSATION DE CONGESTION, UN MAL DE GORGE OU UNE TOUX.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

INF_2b	CCC_RHSNFQ_COF4	
[ASK IF CCC_RHSNSYM_COF4 = YES]		
Avez-vous ces symptômes...		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SEASONAL	1	De manière saisonnière
THROUGH_YEAR	2	Tout au long de l'année
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

INF_2c	CCC_RHSNTRT_COF4	
[ASK IF CCC_RHSNSYM_COF4 = YES]		
Prenez-vous un traitement régulièrement pour contrôler ces symptômes?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

INF_END

Comportement préventif en matière de santé (PHB) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Source : Agence de la santé publique du Canada. (2019). Sondage concernant la couverture de la vaccination contre la grippe saisonnière (Numéro de catalogue : H14-315/2019F-PDF). Sa Majesté la Reine du chef du Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2019/aspc-phac/H14-315-2019-1-fra.pdf

PHB_1	PHB_FLUV1_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous reçu le vaccin contre la grippe saisonnière au cours de la dernière année?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PHB_2	PHB_PCV1_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À l'âge adulte, avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque, qui protège contre la pneumonie?		
INTERVIEWEUR-SE : CE VACCIN PEUT ÉGALEMENT S'APPELER PREVNAR-13 OU PNEUMOVAX-23.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PHB_2a	PHB_PCVAGE_COF4	
[ASK IF PHB_PCV1_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous reçu votre dernier vaccin contre le pneumocoque?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

PHB_3	PHB_SHIN1_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À l'âge adulte, avez-vous déjà reçu le vaccin contre le zona?		
INTERVIEWEUR·SE : LE ZONA EST ÉGALEMENT CONNU SOUS LE NOM D'HERPÈS ZOSTER. CE VACCIN PEUT ÉGALEMENT S'APPELER SHINGRIX OU ZOSTAVAX.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

PHB_3a	PHB_SHINAGE_COF4	
[ASK IF PHB_SHIN1_COF4 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous reçu votre dernier vaccin contre le zona?		
NB_SP	Âge	_____ (MASK: MIN=0, MAX=CURRENT AGE)
YR_SP	Année	_____ (MASK: MIN=BIRTH YEAR, MAX=CURRENT YEAR)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

PHB_END

Indice de suspicion de maltraitance envers les personnes âgées (EAS) – (visite régulière/par téléphone/abrégée)

L'auteure a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser l'instrument. Ce module est une modification de l'Indice de suspicion de maltraitance envers les aînés © (EASI). Yaffe MJ, Wolfson C, Lithwick M, Weiss D. Development and validation of a tool to assist physicians' identification of elder abuse: The Elder Abuse Suspicion Index (EASI®). *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 2008; 20 (3): 276-300 : <https://www.mcgill.ca/familymed/research/projects/elder/>; Dr Mark Yaffe (mark.yaffe@mcgill.ca)

Aperçu	Ce module parle de la maltraitance ou d'abus envers les personnes âgées. Cette information sera utilisée pour élaborer des politiques visant à prévenir la maltraitance ou l'abus des personnes âgées au Canada.
---------------	--

PROGRAMMING NOTE: THIS MODULE IS ADMINISTERED ONLY IF AGE IS ≥ 65 YEARS

Nous souhaitons maintenant savoir ce que les personnes âgées pensent de leur bien-être et de leur sécurité. Je tiens à vous rappeler que votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre aux questions de l'entrevue qui vous mettent mal à l'aise. Nous pouvons aussi arrêter l'entrevue à tout moment si vous le souhaitez. Je vous rappelle que toutes les informations que vous nous donnez resteront confidentielles et seront utilisées uniquement à des fins de recherche. Les questions suivantes porteront sur la présence dans votre vie d'une personne qui vous fait du mal ou vous empêche de prendre vos médicaments ou d'accéder à votre argent. Si vous ne souhaitez pas répondre aux questions ou nous donner des détails sur les sujets que nous abordons, vous n'êtes pas obligé·e de le faire. Faites-le-moi savoir et nous passerons la question. Si vous avez besoin que je m'arrête à tout moment, dites-le-moi.

Au cours des douze derniers mois :

EAS_1	EAS_RELY_COF4		
[ALWAYS ASK]			
Avez-vous dépendu de quelqu'un pour une des suivantes : Prendre votre bain ou douche, vous habiller, faire vos commissions, faire vos transactions bancaires, ou vos repas?			
YES	1	Oui	
NO	2	Non	
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus	

EAS_2	EAS_PRVNT_COF4		
[ALWAYS ASK]			
Est-ce que quelqu'un vous a empêché·e de vous procurer de la nourriture, des vêtements, des médicaments, des lunettes, des appareils auditifs, de l'aide médicale, ou de rencontrer des gens que vous vouliez voir?			
YES	1	Oui	
NO	2	Non	
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus	

EAS_3	EAS_UPSET_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous été dérangé·e par les paroles de quelqu'un qui vous ont fait sentir honteux·se ou menacé·e?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EAS_4	EAS_FORCE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Quelqu'un a-t-il essayé de vous forcer à signer des papiers ou à utiliser votre argent contre votre volonté?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EAS_5	EAS_AFRAID_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Est-ce que quelqu'un vous a fait peur, vous a touché d'une manière que vous ne vouliez pas, ou vous a fait mal physiquement?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

EAS_END

Santé buccodentaire (ORH) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

Aperçu	<p>Dans ce module, les participant-es doivent décrire leur santé buccodentaire (c.-à-d. la santé de leur bouche), le type de problèmes de santé buccodentaire qu'ils ont, s'il y a lieu, et leurs habitudes de brossage de dents et de passage de la soie dentaire. Les participant-es sont également invités à indiquer à quelle fréquence ils évitent de manger des aliments particuliers.</p> <p>Importance du module : Ce module permettra d'étudier l'association entre la santé buccodentaire et des maladies comme le diabète et les maladies respiratoires ou cardiovasculaires. Ces questions nous permettront également d'amasser de l'information sur les facteurs de risque associés aux problèmes de santé buccodentaire, comme la mauvaise alimentation et le statut socioéconomique. Aussi, les données de ce module permettront d'identifier les groupes qui bénéficieraient le plus d'améliorations des services de santé buccodentaire.</p>
---------------	--

Les prochaines questions portent sur la santé de votre bouche.

ORH_1	ORH_HLTH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
En général, diriez-vous que la santé de votre bouche est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	1	Excellente
VERY_GOOD	2	Très bonne
GOOD	3	Bonne
FAIR	4	Passable
POOR	5	Mauvaise
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_2	ORH_TEETH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Vous reste-t-il une ou plusieurs dents naturelles?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_3	ORH_TEETH20_COF4	
[ASK IF ORH_TEETH_COF4 = YES OR DK_NA OR REFUSED]		
Vous reste-t-il au moins 20 dents naturelles?		
INTERVIEWEUR·SE : DEMANDER AU/ À LA PARTICIPANT·E DE COMPTER SES DENTS NATURELLES		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_3a	ORH_DENT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Portez-vous des dentiers, des prothèses dentaires ou de fausses dents?		
INTERVIEWEUR·SE : METTEZ L'ACCENT SUR LE VERBE « PORTEZ » ET COMPTEZ LES FAUSSES DENTS ET LES DENTIERES OU PARTIELS QUI PEUVENT ÊTRE ENLEVÉS (NE COMPTEZ PAS LES DENTIERES QUE LE/LA PARTICIPANT·E NE PEUT PAS RETIRER, P. EX., LES COURONNES FIXÉES SUR DES IMPLANTS)		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_3b	ORH_DNUSE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous des dentiers ou des fausses dents que vous n'utilisez pas?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_4	ORH_UNCEAT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous évité de consommer des aliments spécifiques à cause de problèmes dans votre bouche? Diriez-vous...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	1	Souvent
SOMETIMES	2	Parfois
RARELY	3	Rarement
NEVER	4	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_5	ORH_EXP_DNB_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu l'un ou l'autre des problèmes suivants?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 97, 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
ORH_EXP_TTH_COF4	01	Mal de dents
ORH_EXP_CHW_COF4	02	Difficulté à mastiquer correctement
ORH_EXP_DNU_COF4	03	Dentier inconfortable [ASK IF ORH_DENT_COF4 = YES]
ORH_EXP_DNL_COF4	04	Dentier desserré ou mal ajusté [ASK IF ORH_DENT_COF4 = YES]
ORH_EXP_DNB2_COF4	05	Dentier brisé [ASK IF ORH_DENT_COF4 = YES]
ORH_EXP_DNT_COF4	06	Dentier perdu [ASK IF ORH_DENT_COF4 = YES]
ORH_EXP_SWL_COF4	07	Enflure dans la bouche
ORH_EXP_DRM_COF4	08	Bouche sèche
ORH_EXP_BRM_COF4	09	Brûlement dans la bouche
ORH_EXP_JWS_COF4	10	Douleur aux muscles de la mâchoire
ORH_EXP_JJP_COF4	11	Douleur aux articulations de la mâchoire
ORH_EXP_TTD_COF4	12	Caries dentaires
ORH_EXP_NTL_COF4	13	Déchaussement d'une dent naturelle
ORH_EXP_NTB_COF4	14	Fracture d'une dent naturelle
ORH_EXP_GUMS_COF4	15	Douleur aux gencives autour des dents naturelles
ORH_EXP_GUMB_COF4	16	Saignement aux gencives autour des dents naturelles
ORH_EXP_DNS_COF4	17	Douleur au niveau du dentier [ASK IF ORH_DENT_COF4 = YES]
ORH_EXP_TTC_COF4	18	Difficulté à garder vos dents naturelles propres
ORH_EXP_DNC_COF4	19	Difficulté à garder votre dentier propre [ASK IF ORH_DENT_COF4 = YES]
ORH_EXP_BB_COF4	20	Mauvaise haleine
ORH_EXP_NONE_COF4	96	[NE PAS LIRE] Aucun de ces problèmes
ORH_EXP_OTSP_COF4	97	Autre : _____
ORH_EXP_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
ORH_EXP_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_6	ORH_DNVST_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quand remonte votre dernière visite chez un·e professionnel·le des soins dentaires, tel que dentiste, hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LAST_12_MONTH	1	Au cours des douze derniers mois
LAST_5_YEARS	2	Au cours des cinq dernières années
LAST_10_YEARS	3	Au cours des dix dernières années
MORE_10_YEARS	4	Il y a plus de dix ans
NEVER	5	N'est jamais allé·e chez le/la dentiste
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_7	ORH_WYNDN_COF4	
[ASK IF ORH_DNVST_COF4 ≠ LAST_12_MONTH AND ORH_DNVST_COF4 ≠ DK_NA AND ORH_DNVST_COF4 ≠ REFUSED]		
Pourquoi n'avez-vous pas consulté un·e professionnel·le des soins dentaires (p. ex., dentiste, hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste) au cours de la dernière année?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEED	01	Pas nécessaire
APNT	02	Difficulté à avoir un rendez-vous
DENT	03	Aucun·e dentiste dans la région
HYGT	04	Aucun·e hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste dans la région
TRAN	05	Problèmes de transport
LANG	06	Problèmes de langue
PERS	07	Responsabilités personnelles ou familiales
LEAV	08	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
FEAR	09	Peur (p. ex., trop douloureux, gênant, dépister un problème, phobie du dentiste)
COST	10	Coût
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_8	ORH_TYPINS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Quel type d'assurance dentaire avez-vous?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
PRIVATE	01	Privée
GOVT	02	Gouvernementale
NONE	96	Aucune
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_9	ORH_COST_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des douze derniers mois, avez-vous évité de vous rendre chez un·e professionnel·le des soins dentaires à cause du coût des soins dentaires?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_10	ORH_PRBHT_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des douze derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé de la difficulté à recevoir des traitements dentaires à cause d'un problème de santé? Diriez-vous...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	1	Souvent
SOMETIMES	2	Parfois
RARELY	3	Rarement
NEVER	4	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_11	ORH_BRUSDN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Brossez-vous vous-même vos dents ou vos dentiers?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_12	ORH_WHO_COF4	
[ASK IF ORH_BRUSDN_COF4 ≠ YES]		
Si vous avez besoin d'assistance pour les soins buccaux, qui vous donne cette aide?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
FAMILY	1	Membre de la famille
FRIEND	2	Ami·es
CARE_AID	3	Préposé·e/infirmier·ère
OTHER	4	Autre : _____
NO_ONE	5	Personne
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_13	ORH_OFTN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Habituellement, à quelle fréquence vos dents ou dentiers sont-ils lavés?		
METTEZ L'ACCENT SUR « HABITUELLEMENT ». LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_ONCE_DAY	1	Plus d'une fois par jour
ONCE_DAY	2	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	3	Au moins une fois par semaine
MORE_ONCE_WEEK	4	Plus d'une fois par semaine
ONCE_MONTH	5	Au moins une fois par mois
NEVER	6	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_14	ORH_FLSFQ_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence passez-vous habituellement la soie dentaire?		
METTEZ L'ACCENT SUR « HABITUELLEMENT ». LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_ONCE_DAY	1	Plus d'une fois par jour
ONCE_DAY	2	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	3	Au moins une fois par semaine
MORE_ONCE_WEEK	4	Plus d'une fois par semaine
ONCE_MONTH	5	Au moins une fois par mois
NEVER	6	Jamais
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_END

Sommeil (SLE) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégee)

Aperçu	Les questions sur le sommeil permettent à l'ÉLCV d'examiner la relation entre le sommeil et la santé. Il a été démontré que des facteurs comme la durée et les mouvements durant le sommeil sont liés à la mortalité et à des problèmes de santé, dont les maladies du cœur.
---------------	--

SLE_1	SLE_QLTY_COF4	
[ALWAYS ASK]		
À quel point êtes-vous satisfait·e / insatisfait·e de votre sommeil actuel?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_SATISFIED	1	Très satisfait·e
SATISFIED	2	Satisfait·e
NEUTRAL	3	Neutre
DISSATISFIED	4	Insatisfait·e
VERY_DISSATISFIED	5	Très insatisfait·e
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_2	SLE_HOUR_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , en moyenne combien d'heures de sommeil aviez-vous habituellement par nuit?		
CE CHIFFRE PEUT ÊTRE DIFFÉRENT DU NOMBRE D'HEURES QUE VOUS PASSEZ AU LIT.		
	HEURES	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=0, MAX=24)
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_3	SLE_30MIN_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois vous a-t-il fallu plus de 30 minutes pour vous endormir?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
LESS_ONCE_WEEK	2	Moins d'une fois / semaine
1_2_TIME_WEEK	3	Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	4	3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	5	6 à 7 fois / semaine
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_3a	SLE_30DUR_COF4	
[ASK IF SLE_30MIN_COF4 ≠ NEVER AND SLE_30MIN_COF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_30MIN_COF4 ≠ DK_NA AND SLE_30MIN_COF4 ≠ REFUSED]		
Depuis combien de temps avez-vous de la difficulté à vous endormir?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_3b	SLE_30INTRF_COF4	
[ASK IF SLE_30MIN_COF4 ≠ NEVER AND SLE_30MIN_COF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_30MIN_COF4 ≠ DK_NA AND SLE_30MIN_COF4 ≠ REFUSED]		
À quel point considérez-vous que cette difficulté à vous endormir perturbe votre fonctionnement quotidien (par exemple, fatigue dans la journée, capacité d'effectuer les tâches quotidiennes ou à travailler, concentration, mémoire, humeur, etc.)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NOT_AT_ALL	1	Aucunement
LITTLE	2	Légèrement
SOMEWHAT	3	Moyennement
MUCH	4	Très
VERY_MUCH	5	Extrêmement
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_4	SLE_MIDFQ_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois vous êtes-vous réveillé·e au milieu de la nuit ou très tôt le matin et avez eu de la difficulté à vous rendormir?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
LESS_ONCE_WEEK	2	Moins d'une fois / semaine
1_2_TIME_WEEK	3	Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	4	3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	5	6 à 7 fois / semaine
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_4a	SLE_MIDDUR_COF4	
[ASK IF SLE_MIDFQ_COF4 ≠ NEVER AND SLE_MIDFQ_COF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_MIDFQ_COF4 ≠ DK_NA AND SLE_MIDFQ_COF4 ≠ REFUSED]		
Depuis combien de temps avez-vous de la difficulté à rester endormi·e?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_4b	SLE_MIDINTRF_COF4	
[ASK IF SLE_MIDFQ_COF4 ≠ NEVER AND SLE_MIDFQ_COF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_MIDFQ_COF4 ≠ DK_NA AND SLE_MIDFQ_COF4 ≠ REFUSED]		
À quel point considérez-vous que cette difficulté à rester endormi·e perturbe votre fonctionnement quotidien (par exemple, fatigue dans la journée, capacité d'effectuer les tâches quotidiennes ou à travailler, concentration, mémoire, humeur, etc.)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NOT_AT_ALL	1	Aucunement
LITTLE	2	Légèrement
SOMEWHAT	3	Moyennement
MUCH	4	Très
VERY_MUCH	5	Extrêmement
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_5	SLE_STAYFQ_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois avez-vous ressenti de la difficulté à rester éveillé·e pendant vos heures normales d'éveil lorsque vous le désiriez?		
INTERVIEWEUR·SE : SI FAIRE UNE SIESTE EST UNE ACTIVITÉ RÉGULIÈRE ET VOLONTAIRE, NE PAS LA « COMPTER ». SI LE/LA PARTICIPANT·E DIT QU'IL/ELLE N'A PAS DE DIFFICULTÉ À RESTER ÉVEILLÉ, QU'IL/ELLE FASSE UNE SIESTE OU NON, NOUS DEVONS LE CROIRE.		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NEVER	1	Jamais
LESS_ONCE_WEEK	2	Moins d'une fois / semaine
1_2_TIME_WEEK	3	Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	4	3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	5	6 à 7 fois / semaine
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_5a	SLE_STAYDUR_COF4	
[ASK IF SLE_STAYFQ_COF4 ≠ NEVER AND SLE_STAYFQ_COF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_STAYFQ_COF4 ≠ DK_NA AND SLE_STAYFQ_COF4 ≠ REFUSED]		
Depuis combien de temps avez-vous cette difficulté à rester éveillé·e?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_5b	SLE_STAYINTRF_COF4	
[ASK IF SLE_STAYFQ_COF4 ≠ NEVER AND SLE_STAYFQ_COF4 ≠ LESS_ONCE_WEEK AND SLE_STAYFQ_COF4 ≠ DK_NA AND SLE_STAYFQ_COF4 ≠ REFUSED]		
À quel point considérez-vous que cette difficulté à rester éveillé·e perturbe votre fonctionnement quotidien?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NOT_AT_ALL	1	Aucunement
LITTLE	2	Légèrement
SOMEWHAT	3	Moyennement
MUCH	4	Très
VERY_MUCH	5	Extrêmement
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_6	SLE_DREAM_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Vous a-t-on déjà dit que vous « mimiez » vos rêves en dormant (par exemple, frapper, gesticuler, faire semblant de courir, etc.) ou croyez-vous le faire?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_6a	SLE_DRMDUR_COF4	
[ASK IF SLE_DREAM_COF4 = YES]		
Depuis combien de temps « mimez-vous » vos rêves?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_7	SLE_LEGS_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Ressez-vous de l'inconfort dans vos jambes quand vous êtes assis·e ou allongé·e ou en avez-vous déjà ressenti?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8	SLE_LGURG_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà éprouvé ou éprouvez-vous parfois le besoin récurrent ou la forte envie de bouger vos jambes quand vous êtes assis·e ou allongé·e?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8a	SLE_LGDUR_COF4	
[ASK IF SLE_LEGS_COF4 = YES OR SLE_LGURG_COF4 = YES]		
Depuis combien de temps éprouvez-vous cet inconfort ou ce besoin de bouger?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WK	Semaines	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=52)
MT	Mois	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=12)
YR	Années	_____ INSCRIRE LE NOMBRE (MASK: MIN=1, MAX=CURRENT AGE)
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8b	SLE_LGFQ_COF4	
[ASK IF SLE_LEGS_COF4 = YES OR SLE_LGURG_COF4 = YES]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois (par semaine, en moyenne) avez-vous éprouvé cet inconfort ou ce besoin de bouger?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
LESS_THAN_ONCE	1	Moins d'une fois
ONCE_TWICE	2	Une ou deux fois
3_4_TIMES	3	Trois ou quatre fois
MORE_4_TIMES	4	Plus de quatre fois
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8c	SLE_LGIMPR_COF4	
[ASK IF SLE_LEGS_COF4 = YES OR SLE_LGURG_COF4 = YES]		
Est-ce que cet inconfort ou ce besoin de bouger les jambes disparaît / s'améliore lorsque que vous êtes actif·ve ou lorsque vous bougez?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8d	SLE_LGEVE_COF4	
[ASK IF SLE_LEGS_COF4 = YES OR SLE_LGURG_COF4 = YES]		
Est-ce que cet inconfort ou ce besoin de bouger empire le soir ou la nuit comparativement au matin?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Les questions suivantes portent sur le ronflement. Le ronflement est répandu et il n'est habituellement pas grave. Toutefois, le ronflement pourrait altérer le sommeil de certaines personnes. Afin que nous puissions étudier le sommeil dans le cadre de l'ÉLCV, veuillez répondre aux questions suivantes.

SNO_1	SNO_SNORE_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous un ronflement sonore? Par « sonore », je veux dire suffisamment puissant pour être entendu à travers une porte fermée.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SNO_2	SNO_STOPBREATH_COF4	
[ALWAYS ASK]		
A-t-on observé des arrêts respiratoires pendant votre sommeil?		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_END

Questionnaire sur le chronotype de Munich (MCT) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

MCTQ Core, English, Version 2015-01. ©Till Roenneberg & co-workers

Dans ce module, nous vous demandons de décrire vos habitudes de sommeil au cours des 4 dernières semaines. Nous demandons séparément les jours de travail et les jours de congé. Veuillez répondre aux questions en vous basant sur ce que vous avez ressenti au cours d'une semaine habituelle, qui comprend vos jours de travail réguliers et vos jours de congé.

MCT_1	MCT_REGWK_COF4	
[ALWAYS ASK]		
J'ai un horaire de travail régulier (cela inclut les femmes et les hommes au foyer).		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

MCT_1a	MCT_WKDAY_COF4	
[ASK IF MCT_REGWK_COF4 = YES]		
Je travaille _____ jours par semaine.		
	1	_____ (MASK: MIN=1, MAX=7)
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

Si vous répondez « Oui, 7 jours » ou « Non », veuillez considérer si vos heures de sommeil peuvent néanmoins différer entre les « jours de travail » et les « jours de congé » et remplissez le module en prenant ces informations en compte.

Veuillez utiliser un horaire de 24 heures (par exemple, 23 h au lieu de 11 h pm).

MCT_2-6		
[ALWAYS ASK]		
<u>Jours de travail</u>		
MCT_BED_WD_COF4	HH:MM	Je me couche à _____ heures.
Notez que certaines personnes restent éveillées pendant un certain temps après s'être mises au lit.		
MCT_READY_WD_COF4	HH:MM	En réalité, je me prépare à m'endormir à _____ heures.
MCT_SLEEP_WD_COF4	MIN	J'ai besoin de _____ minutes pour m'endormir. (MASK: MIN=0, MAX=60)
MCT_WAKE_WD_COF4	HH:MM	Je me réveille à _____ heures.
MCT_GETUP_WD_COF4	MIN	Après _____ minutes, je me lève. (MASK: MIN=0, MAX=60)

MCT_7	MCT_ALARMWD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
J'utilise un réveil les jours de semaine.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

MCT_8	MCT_BEFORE_COF4	
[ASK IF MCT_ALARMWD_COF4 = YES]		
Je me réveille régulièrement AVANT que le réveil sonne.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

MCT_9-13		
[ALWAYS ASK]		
<u>Jours de congé</u>		
MCT_BED_FD_COF4	HH:MM	Je me couche à ____ heures.
Notez que certaines personnes restent éveillées pendant un certain temps lorsqu'elles sont au lit.		
MCT_READY_FD_COF4	HH:MM	En réalité, je me prépare à m'endormir à ____ heures.
MCT_SLEEP_FD_COF4	MIN	J'ai besoin de ____ minutes pour m'endormir. (MASK: MIN=0, MAX=60)
MCT_WAKE_FD_COF4	HH:MM	Je me réveille à ____ heures.
MCT_GETUP_FD_COF4	MIN	Après ____ minutes, je me lève. (MASK: MIN=0, MAX=60)

MCT_14	MCT_ALARMFD_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Mon heure de réveil dépend de l'utilisation d'un réveil.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

MCT_15	MCT_REASON_COF4	
[ALWAYS ASK]		
Je ne peux <u>pas</u> choisir librement mes heures de sommeil les jours de congé en raison de situations particulières.		
YES	1	Oui
NO	2	Non
DK_NA	8	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9	[NE PAS LIRE] Refus

MCT_16	MCT_ALRMWHY_COF4	
[ASK IF MCT_REASON_COF4 = YES]		
Si oui :		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
MCT_ALRMWHY_CHP_COF4	01	Enfants/animaux
MCT_ALRMWHY_HO_COF4	02	Loisirs
MCT_ALRMWHY_OTSP_COF4	97	Autre, par exemple : _____
MCT_ALRMWHY_DK_NA_COF4	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
MCT_ALRMWHY_REFUSED_COF4	99	[NE PAS LIRE] Refus

MCT_END

CRITÈRES D'EXCLUSION

CIRCONFÉRENCE TAILLE ET HANCHE	
Exclusion du test	
Grossesse <u>de plus de 12 semaines</u>	ICQ_PREGNT_COF4 = yes AND; ICQ_PREGNTWK_NB_COF4 > 12 weeks, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
POIDS	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
À noter (mais pas un critère d'exclusion)	
Grossesse	ICQ_PREGNT_COF4 = yes AND; ICQ_PREGNTWK_NB_COF4 = number of weeks
TAILLE DEBOUT	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
TAILLE ASSISE	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
Le poids actuel du/de la participant-e dépasse les 136 kg / 300 lbs	Module sur le poids
PRESSION SANGUINE	
Exclusion du test	
Chirurgie aux deux bras, aux seins ou au thorax des deux côtés <u>au cours des 3 derniers mois</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule aux deux bras	ICQ_SRGYARM_COF4 OR; ICQ_SRGYCHT_COF4 OR; ICQ_SRGYART_COF4 = both
Plâtre aux deux bras	ICQ_ARMCST_COF4 = yes, both
Deux bras artificiels	ICQ_PROSARM2_COF4 = both

Exclusion du bras gauche et noté dans PINE	
Chirurgie au bras, au thorax ou au sein <u>du côté gauche</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule <u>au cours des 3 derniers mois (PN)</u>	ICQ_SRGYARM_COF4 OR; ICQ_SRGYCHT_COF4 OR; ICQ_SRGYART_COF4 = left
Plâtre au bras gauche	ICQ_ARMCST_COF4 = left
Bras gauche artificiel	ICQ_PROSARM2_COF4 = left
Exclusion du bras droit et noté dans PINE	
Chirurgie au bras, au thorax ou au sein <u>du côté droit</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule <u>au cours des 3 derniers mois (PN)</u>	ICQ_SRGYARM_COF4 OR; ICQ_SRGYCHT_COF4 OR; ICQ_SRGYART_COF4 = right
Plâtre au bras droit	ICQ_ARMCST_COF4 = right
Bras droit artificiel	ICQ_PROSARM2_COF4 = right
À noter (mais pas un critère d'exclusion)	
Membre artificiel – Prothèse articulaire	ICQ_JOINTARM_COF4 = right OR left OR both
ECG	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
ÉCHOCARDIOGRAMME	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
SPIROMÉTRIE (VEMS, CAPACITÉ VITALE FORCÉE)	
Exclusion du test	
Condition respiratoire aiguë	ICQ_ILLLUNG_COF4 = yes
Grossesse <u>de plus de 27 semaines</u>	ICQ_PREGNT_COF4 = yes AND; ICQ_PREGNTWK_NB_COF4 > 27 weeks, DK
Condition cardiaque instable ou chirurgie cardiaque <u>au cours de 3 derniers mois</u>	ICQ_HRTCOND_COF4 OR; ICQ_SRGYHRT_COF4 = yes
Chirurgie importante au thorax ou à l'abdomen <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYCHT_COF4 OR; ICQ_SRGYABD_COF4 = left OR right OR both

SPIROMÉTRIE (VEMS, CAPACITÉ VITALE FORCÉE)	
Exclusion du test	
Décollement de la rétine ou chirurgie récente de l'œil <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYEYE_COF4 = left OR right OR both ICQ_DERET3MO_COF4 = yes
A déjà eu du sang dans les expectorations <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_BLDSP3MO_COF4 = yes
A eu un anévrisme thoracique, abdominal ou cérébral	ICQ_ANEURY_COF4 = yes
A eu une embolie pulmonaire au cours des 6 dernières semaines ou prend encore des anticoagulants parce qu'il a eu une embolie pulmonaire	ICQ_EMB6WK_COF4 = yes ICQ_EMBMED_COF4 = yes
Tension artérielle moyenne de 200/120	Module sur la tension artérielle
À noter (mais pas un critère d'exclusion)	
Fumeur (PN)	ICQ_SMOKE_COF4 = yes or no or former
A fumé dans les 24 dernières heures	ICQ_SMOKETIME_COF4 = yes or no
A fumé une cigarette, un cigare ou une pipe pour la dernière fois	ICQ_SMOKE1_COF4 = hours or minutes
A utilisé un inhalateur à action prolongée	ICQ_INHALERLONG_COF4 = yes or no
A utilisé un inhalateur à action brève	ICQ_INHALERSHORT_COF4 = yes or no
A un tube d'alimentation abdominal (PN)	ICQ_ABDTUBE_COF4 = yes
DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – HANCHE	
Exclusion du test	
Femmes enceintes	ICQ_PREGNT_COF4 = yes, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des deux derniers jours</u>	ICQ_NUCLMED_48H_COF4 = yes
Prothèse	ICQ_PROSHIP_COF4 = both
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXHIP_COF4 = left AND right
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils)	ICQ_HRDWR_HP_COF4 = both
Exclusion de la hanche gauche	
Prothèse	ICQ_PROSHIP_COF4 = left
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils)	ICQ_HRDWR_HP_COF4 = left
Exclusion de la hanche droite	

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – HANCHE	
Prothèse	ICQ_PROSHIP_COF4 = right
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils)	ICQ_HRDWR_HP_COF4 = right
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
Polio	ICQ_POLIO_COF4 = yes
A déjà eu des fractures ou cassures à une hanche (PN)	ICQ_FXHIP_COF4 = left OR right
Quel test a été fait	ICQ_NUCLMED_TEST_COF4 = specify
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils) dans une hanche (PN)	ICQ_HRDWR_HP_COF4 = left OR right
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils) dans « autres » (OTSP) (PN)	ICQ_HRDWR_OTSP = yes

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – COLONNE VERTÉBRALE LATÉRALE IVA ET COLONNE LOMBAIRE	
Exclusion du test	
Femmes enceintes	ICQ_PREGNT_COF4 = yes, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des deux derniers jours</u>	ICQ_NUCLMED_48H_COF4 = yes
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils) dans la colonne	ICQ_HRDWR_SPN_COF4 = yes
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
Chirurgie du dos (PN)	ICQ_BCKSRGY_COF4 = yes
Polio (PN)	ICQ_POLIO_COF4 = yes
A déjà eu des fractures ou cassures (PN)	ICQ_FXBACK_COF4 = yes
Quel test a été fait	ICQ_NUCLMED_TEST_COF4 = specify
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils) dans « autres » (OTSP) (PN)	ICQ_HRDWR_OTSP = yes

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – CORPS ENTIER	
Exclusion du test	
Femmes enceintes	ICQ_PREGNT_COF4 = yes, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des deux derniers jours</u>	ICQ_NUCLMED_48H_COF4 = yes

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – CORPS ENTIER	
A fait un tomodensitogramme avec intraveineuse ou un test de contraste pour imagerie par résonance magnétique au cours de 24 dernières heures	ICQ_NUCLMED_IV24H_COF4 = yes
A eu un test au baryum <u>au cours des 7 derniers jours</u>	ICQ_BARSWAL_COF4 = yes
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
S'est fait installer un appareil médical (PN)	ICQ_PACEMKR_COF4 OR; ICQ_DEFIBR_COF4 OR; ICQ_COCHLIMP_COF4 = yes
Plâtre	ICQ_HNDCST_COF4 OR; ICQ_ARMCST_COF4 OR; ICQ_LEGCST_COF4 = left OR right OR both
Membres artificiels ou prothèses articulaires	ICQ_PROSARM2_COF4 OR; ICQ_JOINTARM_COF4 OR; ICQ_PROSLEG_COF4 OR; ICQ_PROSHND_COF4 OR; ICQ_PROSFT_COF4 OR; ICQ_PROSHIP_COF4 OR; ICQ_PROSKNEE_COF4 = left OR right OR both
A déjà eu des fractures ou cassures (PN)	ICQ_FXARM_COF4 OR; ICQ_FXSHLD_COF4 OR; ICQ_FXHND_COF4 OR; ICQ_FXWRST_COF4 OR; ICQ_FXRIB_COF4 OR; ICQ_FXLEG_COF4 OR; ICQ_FXANK_COF4 OR; ICQ_FXFT_COF4 OR; ICQ_FXHIP_COF4 OR; ICQ_FXKNEE_COF4 OR; ICQ_FXCHK_COF4 OR; ICQ_FXJAW_COF4 = left OR right OR both ICQ_FXNOSE_COF4 OR; ICQ_FXSKL_COF4 OR; ICQ_FXNECK_COF4 OR; ICQ_FXBACK_COF4 OR; ICQ_FXCOLLR_COF4 OR; ICQ_FXPELV_COF4 = yes
Chirurgie du dos (PN)	ICQ_BCKSRGY_COF4 = yes
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils) (PN)	ICQ_HRDWR_COF4 = yes
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils) dans « autres » (OTSP) (PN)	ICQ_HRDWR_OTSP = yes
Polio	ICQ_POLIO_COF4 = yes
Appareil auditif (PN)	ICQ_HRAID2_COF4 = if left_side OR right_side OR Both_sides = YES (currently wearing)

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – CORPS ENTIER	
Shunt artérioveineux/fistule (PN)	ICQ_SRGYART_COF4 = left OR right OR both
Quel test a été fait	ICQ_NUCLMED_TEST_COF4 = specify

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – AVANT-BRAS	
Exclusion du test	
Femmes enceintes	ICQ_PREGNT_COF4 = yes, DK, RF
A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des deux derniers jours</u>	ICQ_NUCLMED_48H_COF4 = yes
Prothèse	ICQ_PROSARM2_COF4 = both
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXARM_COF4 = left AND right
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils)	ICQ_HRDWR_FA_COF4 = both
Exclusion de l'avant-bras gauche	
Prothèse	ICQ_PROSARM2_COF4 = left
Plâtre	ICQ_ARMCST_COF4 = left
Shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYART_COF4 = left
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXARM_COF4 = left
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils)	ICQ_HRDWR_FA_COF4 = left
Exclusion de l'avant-bras droit	
Prothèse	ICQ_PROSARM2_COF4 = right
Plâtre	ICQ_ARMCST_COF4 = right
Shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYART_COF4 = right
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXARM_COF4 = right
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils)	ICQ_HRDWR_FA_COF4 = right
À noter (mais pas un critère d'exclusion)	
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXWRST_COF4 = yes
Polio	ICQ_POLIO_COF4 = yes
Quel test a été fait	ICQ_NUCLMED_TEST_COF4 = specify
Matériel chirurgical implanté (broches, tiges, vis, plaques, fils) dans « autres » (OTSP)	ICQ_HRDWR_OTSP = yes

AUDITION	
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
Infection de l'oreille (PN)	ICQ_EARINF_COF4 = right OR left OR both
Appareils auditifs (PN)	ICQ_HRAID2_COF4 = right_side OR left_side OR both_sides
Acouphène (PN)	ICQ_TINNIT_COF4 = yes

TEST DE MARCHÉ DE 4 MÈTRES : VITESSE DE LA MARCHÉ	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
Incapable de marcher sans aide	ICQ_ABLEWLK_COF4 = no
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
Membre artificiel ou prothèse articulaire (PN)	ICQ_PROSLEG_COF4 OR; ICQ_PROSFT_COF4 OR; ICQ_PROSHIP_COF4 OR; ICQ_PROSKNEE_COF4 = right OR left OR both
Infection à l'oreille (PN)	ICQ_EARINF_COF4 = yes OR right OR left OR both

Test de la fonction olfactive par SNIFFIN' STICK	
Exclusion du test	
Allergie à une odeur	ICQ_ODOUR_COF4 = yes

TUG (TEST « UP AND GO » MINUTÉ) : MOBILITÉ ET ÉQUILIBRE	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout ou de se lever d'une chaise sans aide	ICQ_RISEASSI_COF4 OR; ICQ_ABLESTND_COF4 = no
Incapable de marcher sans aide	ICQ_ABLEWLK_COF4 = no
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
Membre artificiel ou prothèse articulaire (PN)	ICQ_PROSLEG_COF4 OR; ICQ_PROSFT_COF4 OR; ICQ_PROSHIP_COF4 OR; ICQ_PROSKNEE_COF4 = right OR left OR both
Infection à l'oreille (PN)	ICQ_EARINF_COF4 = right OR left OR both

ÉQUILIBRE DEBOUT	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF4 = no
Utilise une canne ou une marchette régulièrement	ICQ_RISECANE_COF4 = yes
Membre artificiel	ICQ_PROSLEG_COF4 OR; ICQ_PROSFT_COF4 OR; ICQ_PROSKNEE_COF4 = right OR left OR both
Le poids actuel du/de la participant·e dépasse les 125 kg / 275 lbs	Module sur le poids
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
Prothèse articulaire (PN)	ICQ_PROSHIP_COF4 = right OR left OR both
Infection à l'oreille (PN)	ICQ_EARINF_COF4 = right OR left OR both
LEVER DE LA CHAISE : ÉQUILIBRE ET COORDINATION	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_RISEASSI_COF4 OR; ICQ_ABLESTND_COF4 = no
Utilise une canne ou une marchette régulièrement	ICQ_RISECANE_COF4 = yes
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
Membre artificiel ou prothèse articulaire (PN)	ICQ_PROSLEG_COF4 OR; ICQ_PROSFT_COF4 OR; ICQ_PROSHIP_COF4 OR; ICQ_PROSKNEE_COF4 = right OR left OR both
Infection à l'oreille (PN)	ICQ_EARINF_COF4 = right OR left OR both
VISION – TONOMÈTRE	
Exclusion du test	
Décollement de la rétine ou chirurgie de l'œil <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYEYE_COF4 = left OR right OR both ICQ_DERET3MO_COF4 = yes
Infection de l'œil	ICQ_EYEINF_COF4 = both
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	

VISION – TONOMÈTRE	
Décollement de la rétine ou chirurgie de l'œil <u>au cours des 3 derniers mois</u> (PN)	ICQ_SRGYEYE_COF4 = left OR right OR both ICQ_DERET3MO_COF4 = yes
Infection de l'œil (PN)	ICQ_EYEINF_COF4 = right OR left
Glaucome, cataractes, lunettes, verres de contact (PN)	ICQ_CATRCT2_COF4 OR; ICQ_GLAUC_COF4 = yes OR; ICQ_GLASSES_COF4 OR; ICQ_CTLENS_COF4 = WEARING
Œil artificiel (PN)	ICQ_PROSEYE_COF4 = right OR left OR both

VISION – CAMÉRA RÉTINIENNE – GAUCHE	
Exclusion du test	
Chirurgie de l'œil <u>au cours des trois derniers mois</u> (PN)	ICQ_SRGYEYE_COF4 = left OR both
Infection de l'œil	ICQ_EYEINF_COF4 = left OR both
Œil artificiel	ICQ_PROSEYE_COF4 = left OR both
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	
Décollement de la rétine ou chirurgie de l'œil <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYEYE_COF4 = left OR right OR both ICQ_DERET3MO_COF4 = yes
Infection de l'œil (PN)	ICQ_EYEINF_COF4 = right
Glaucome, cataractes, lunettes, verres de contact (PN)	ICQ_CATRCT2_COF4 OR; ICQ_GLAUC_COF4 = yes OR; ICQ_GLASSES_COF4 OR; ICQ_CTLENS_COF4 = WEARING
Œil artificiel	ICQ_PROSEYE_COF4 = right

VISION – CAMÉRA RÉTINIENNE – DROIT	
Exclusion du test	
Chirurgie de l'œil <u>au cours des trois derniers mois</u>	ICQ_SRGYEYE_COF4 = right OR both
Infection de l'œil	ICQ_EYEINF_COF4 = right OR both
Œil artificiel	ICQ_PROSEYE_COF4 = right OR both
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)	

Décollement de la rétine ou chirurgie de l'œil <u>au cours des 3 derniers mois</u> (PN)	ICQ_SRGYEYE_COF4 = left OR right OR both ICQ_DERET3MO_COF4 = yes
Infection de l'œil (PN)	ICQ_EYEINF_COF4 = left
Glaucome, cataractes, lunettes, verres de contact (PN)	ICQ_CATRCT2_COF4 OR; ICQ_GLAUC_COF4 = yes OR; ICQ_GLASSES_COF4 OR; ICQ_CTLENS_COF4 = WEARING
Œil artificiel	ICQ_PROSEYE_COF4 = left

VISION – TABLEAU D'ACUITÉ VISUELLE
À noter (mais pas un critère d'exclusion) et noté dans Pine (PN)

Décollement de la rétine ou chirurgie de l'œil <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYEYE_COF4 = left OR right OR both ICQ_DERET3MO_COF4 = yes
Infection de l'œil (PN-EDTRS seulement)	ICQ_EYEINF_COF4 = right OR left OR both
Glaucome, cataractes, lunettes, verres de contact	ICQ_CATRCT2_COF4 OR; ICQ_GLAUC_COF4 = yes OR; ICQ_GLASSES_COF4 OR; ICQ_CTLENS_COF4 = WEARING
Œil artificiel	ICQ_PROSEYE_COF4 = right OR left OR both

FORCE DE PRÉHENSION
Exclusion du test

Chirurgie aux deux mains ou aux deux poignets <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYHND_COF4 = both
Plaies ouvertes ou plaies sur les deux mains	ICQ_HNDSWL_COF4 OR; ICQ_HNDHMT_COF4 = both
Plâtre aux deux mains ou bras	ICQ_HNDCST_COF4 OR; ICQ_ARMCST_COF4 = both
Bras, mains ou doigts artificiels	ICQ_PROSARM2_COF4 OR; ICQ_PROSHND_COF4 = both

Exclusion de la main gauche

Chirurgie à la main ou au poignet <u>gauche au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYHND_COF4 = left, RF
Douleur, paralysie à la main ou au poignet gauche en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien	ICQ_PAINHND_COF4 = left sides
Plaies ouvertes ou plaies à la main gauche	ICQ_HNDSWL_COF4 OR; ICQ_HNDHMT_COF4 = left

FORCE DE PRÉHENSION	
Plâtre à la main ou au bras gauche	ICQ_HNDCST_COF4 OR; ICQ_ARMCST_COF4 = left
Bras, mains ou doigts artificiels	ICQ_PROSARM2_COF4 OR; ICQ_PROSHND_COF4 = left
Exclusion de la main droite	
Chirurgie à la main ou au poignet <u>droit au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYHND_COF4 = right, RF
Douleur, paralysie à la main ou au poignet droit en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien	ICQ_PAINHND_COF4 = right sides
Plaies ouvertes ou plaies à la main droite	ICQ_HNDSWL_COF4 OR; ICQ_HNDHMT_COF4 = right
Plâtre à la main ou au bras droit	ICQ_HNDCST_COF4 OR; ICQ_ARMCST_COF4 = right
Bras, mains ou doigts artificiels	ICQ_PROSARM2_COF4 OR; ICQ_PROSHND_COF4 = right
À noter (mais pas un critère d'exclusion)	
Douleur, paralysie aux deux mains ou aux deux poignets en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien	ICQ_PAINHND_COF4 = both sides

ÉCHANTILLON DE SANG	
Exclusion du test	
Chimiothérapie <u>au cours des 4 dernières semaines</u>	ICQ_CHEMO4WK_COF4 = yes
Hémophilie ou autre maladie de la coagulation	ICQ_HAEMO_COF4 = yes
A reçu une transfusion sanguine ou donné du sang <u>au cours des 24 dernières heures</u>	ICQ_BLDTR24H_COF4 = yes
Chirurgie aux deux bras, aux seins ou aux deux côtés du thorax <u>au cours des 3 derniers mois</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYARM_COF4 OR; ICQ_SRGYCHT_COF4 OR; ICQ_SRGYART_COF4 = both
Plâtre aux deux bras ou deux bras artificiels	ICQ_ARMCST_COF4 = both OR; ICQ_PROSARM2_COF4 = both
Exclusion du bras gauche	
Chirurgie au bras, au thorax ou au sein du côté gauche; ou shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYARM_COF4 = left OR; ICQ_SRGYCHT_COF4 = yes OR; ICQ_SRGYART_COF4 = left
Plâtre ou bras artificiel du côté gauche	ICQ_ARMCST_COF4 = left OR; ICQ_PROSARM2_COF4 = left

Exclusion du bras droit	
Chirurgie au bras, au thorax ou au sein du côté droit; ou shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYARM_COF4 = right OR; ICQ_SRGYCHT_COF4 = yes OR; ICQ_SRGYART_COF4 = right
Plâtre ou bras artificiel du côté droit	ICQ_ARMCST_COF4 = right OR; ICQ_PROSARM2_COF4 = right
À noter (mais pas un critère d'exclusion)	
Membre artificiel – Prothèse articulaire	ICQ_JOINTARM_COF4 = right OR left OR both

END