

## CONFIDENTIEL

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

Prénom / nom :

Date de naissance :

Adresse / téléphone :

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

En cas de questions, veuillez vous adresser aux médecins qui assurent votre suivi.

- |   |                       |     |                       |     |                       |                |
|---|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|----------------|
| 1. Avez-vous eu ou des membres de votre famille ont-ils eu un cancer <b>avant l'âge de 51 ans</b> ?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |
| 2. Parmi vos parents du 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> degré (enfants, parents, frères et sœurs, grands-parents, petits-enfants, oncles et tantes, neveux et nièces), certains ont-ils eu un cancer ?                          | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |
| 3. Avez-vous eu ou des membres de votre famille ont-ils eu un <b>cancer du sein dit « triple négatif »</b> (cancer qui ne présente ni les récepteurs des œstrogènes, ni les récepteurs de la progestérone ni le récepteur HER2) ? | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |
| 4. Avez-vous eu ou des membres de votre famille ont-ils eu un <b>cancer aux deux seins</b> ?  | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |
| 5. Avez-vous eu ou des membres de votre famille ont-ils eu un <b>cancer des ovaires</b> ?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |
| 6. Y a-t-il eu dans votre famille des cas de <b>cancer du sein chez des parents de sexe masculin</b> ?  | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |
| 7. Un test génétique de prédisposition au cancer a-t-il déjà été réalisé chez un membre de votre famille ?  | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |
| 8. Êtes-vous d'origine juive* ?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |
| 9. Avez-vous eu des maladies tumorales autres que le cancer du sein ou des ovaires ? Si oui, lesquelles ?   | <input type="radio"/> | Oui | <input type="radio"/> | Non | <input type="radio"/> | Je ne sais pas |

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

**Si vous avez répondu « oui » à l'une de ces questions**, nous vous prions de décrire sur une feuille l'ensemble de vos antécédents familiaux/l'arbre généalogique. Veuillez passer ce questionnaire en revue avec votre médecin. Si le résultat montre un risque éventuellement accru, il vous recommandera un conseil génétique.