

Questionnaires COBLAnCE

Inclusion de patient

DOSSIER N° COBLAnCE : |_|_| | |_|_|

Questionnaires à remplir

en face à face

avec le patient

ETUDE COBLAnCE

Questionnaire épidémiologique

A- Identification du patient

NUMERO D'IDENTIFICATION COBLAnCE :

|_|_|_|_|_|_|_|

Date de naissance : _____/_____/_____

|_|_|_|_|_|_|_|
Mois Année

Sexe : |_| 1. Homme 2. Femme

Centre : _____

|_|_|_| *codage Annexe 1*

Numéro d'historique clinique (NIP): _____

B- Identification de la personne qui remplit ce formulaire

Personne effectuant l'interview : _____

Date de l'interview (jj/mm/aa) :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Heure de début de l'interview (h/mn):

|_|_|_|_|_|_|_|

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette étude. Votre participation à cette étude est volontaire et vous pouvez décider, à tout moment, de ne pas répondre à une question, si vous le souhaitez. Votre coopération est très importante pour cette recherche, car elle nous aidera à améliorer nos connaissances sur les lésions vésicales. Je vais saisir vos réponses dans l'ordinateur. Je vous rappelle que les données que vous nous communiquez sont totalement confidentielles. Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à me le signaler. Ce questionnaire a une durée de 60 minutes approximativement, mais nous pouvons faire une pause si vous êtes fatigué(e).

C- DEMOGRAPHIE

C1- Votre Lieu de naissance

Ville : _____

|_|_|_|_|_|_|_| *Codage commune INSEE Annexe 2*

Département : _____

Si la personne est née à l'étranger

Pays de naissance _____

|_|_|_|_|_|_|_| *Codage Pays INSEE Annexe 2*

C2- Pays où sont nés vos grands-parents *Codage Pays INSEE Annexe 2*

Grand-mère maternelle (la mère de votre mère): _____ |_|_|_|_|_|_|_|

Grand-père maternel (le père de votre mère): _____ |_|_|_|_|_|_|_|

Grand-mère paternelle (la mère de votre père): _____ |_|_|_|_|_|_|_|

Grand-père paternel (le père de votre père): _____ |_|_|_|_|_|_|_|

C3- Votre situation de famille au sens de l'état civil |__|

1. Célibataire / jamais marié(e)
2. Pacsé(e)
3. Marié(e)
4. Séparé(e)
5. Divorcé(e)
6. Veuf(ve)

C4- Niveau d'études le plus élevé que vous avez atteint (avec ou sans obtention de diplôme) ? |__|

- | | |
|---|---|
| Enseignement primaire | 1 |
| Niveau collège (1 ^{er} cycle de l'enseignement secondaire) | 2 |
| Enseignement technique court : CAP, BEP | 3 |
| Niveau lycée (enseignement général, technologique ou professionnel) | 4 |
| Premier cycle de l'enseignement supérieur | 5 |
| Deuxième et troisième cycle de l'enseignement supérieur, grande école, école d'ingénieur, de commerce | 6 |
| Autre, précisez : _____ | |
| Ne sait pas | 9 |

C5- Diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu |__|

- | | |
|---|---|
| Sans diplôme | 1 |
| Certificat de formation générale (CFG), Certificat d'études primaires (ancien), Diplôme national du brevet (BEPC ou brevet des Collèges) | 2 |
| Certificat d'aptitude professionnelle (CAP), Brevet d'études professionnelles (BEP) | 3 |
| Baccalauréat, Capacité en droit, Diplôme d'accès aux études universitaires (DAEU), Brevet professionnel (BP), Brevet de technicien (BT), Probatoire du diplôme d'études Comptables supérieures (DECS) | 4 |
| Niveau Bac +2 ou 3 : ex. Brevet de technicien supérieur (BTS), Diplôme universitaire de technologie (DUT), Brevet de Maîtrise (BM), Diplôme des métiers des arts (DMA), Diplôme d'études universitaires générales (DEUG), Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques (DEUST), Licence, Licence professionnelle | 5 |
| Niveau Bac +4 ou plus : ex. Maîtrise, Maîtrise des sciences et techniques, (MST), Maîtrise des sciences de gestion (MSG), Diplôme d'études approfondies (DEA), Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS), Master, Diplôme de recherche technologique (DRT), Diplôme d'ingénieur, Doctorat | 6 |
| Autre, précisez : _____ | |
| Ne sait pas | 9 |

C6- Situation actuelle vis-à-vis du travail ? |__|

1. Actif travaillant actuellement
2. Actif en congé maladie
3. Retraité(e)
4. Pré-retraité(e) ou congé de fin d'activité
5. Chômeur (à la recherche d'un emploi, inscrit ou non à Pôle emploi)
6. Femme / homme au foyer
7. Inactif avec pension d'invalidité
8. Autre situation active, préciser :
9. Autre situation inactive, préciser :

C7- Protection par l'assurance maladie obligatoire de la sécurité sociale

A titre individuel 1= Oui, 2= Non
Ayant droit d'une autre personne 1= Oui, 2= Non
Si oui, préciser
Quelle personne :

Nom de la personne : |-----|

C8- Régime de sécurité sociale

1. Régime général des travailleurs salariés (Cnamts)
2. Régime agricole : MSA, AMEXA, ASA, GAMEX, AAEXA
3. Régime de travailleurs indépendants (artisans, commerçants, chefs d'entreprises, professions libérales) : RSI ex-CANAM ou AMPI, RAM
4. EDF-GDF
5. Un régime à l'étranger
6. Un autre régime
7. Ne sait pas

C9- Montant global moyen des revenus nets de votre foyer (par mois **OU** par an)

PAR MOIS :	PAR AN :
01. Moins de 600 Euros	21. Moins de 7 200 Euros
02. 600 à moins de 700 Euros	22. 7 200 à moins de 8 400 Euros
03. 700 à moins de 900 Euros	23. 8 400 à moins de 10 800 Euros
04. 900 à moins de 1 100 Euros	24. 10 800 à moins de 13 200 Euros
05. 1 100 à moins de 1 300 Euros	25. 13 200 à moins de 15 600 Euros
06. 1 300 à moins de 1 500 Euros	26. 15 600 à moins de 18 000 Euros
07. 1 500 à moins de 1 800 Euros	27. 18 000 à moins de 21 600 Euros
08. 1 800 à moins de 2 200 Euros	28. 21 600 à moins de 26 400 Euros
09. 2 200 à moins de 2 500 Euros	29. 26 400 à moins de 30 000 Euros
10. 2 500 à moins de 3 000 Euros	30. 30 000 à moins de 36 200 Euros
11. 3 000 à moins de 3 500 Euros	31. 36 000 à moins de 42 000 Euros
12. 3 500 à moins de 4 500 Euros	32. 42 000 à moins de 54 000 Euros
13. 4 500 Euros ou plus	33. 54 000 Euros ou plus

34. Ne sait pas

35. Ne souhaite pas répondre

D- HISTORIQUE RESIDENTIEL

Maintenant je vais vous poser quelques questions sur tous les endroits où vous avez vécu. S'il vous plaît, signalez-moi tous les lieux de résidence où vous avez vécu pendant un an ou plus, service militaire y compris. Je souhaiterais commencer par votre lieu de résidence actuel ou le dernier lieu où vous avez vécu pendant un an ou plus et remonter le temps jusqu'à l'endroit où vous êtes né. Pour chaque lieu, je souhaiterais que vous me signaliez le nom de la rue, la ville, la région et le pays, ainsi que le nombre d'années que vous avez vécu dans chacun de ces lieux.

D1- Lieu de résidence actuel

Adresse

Ville..... Département Codage commune INSEE Annexe 2

Pays, si lieu de résidence à l'étranger Codage Pays INSEE Annexe 2

Depuis quand habitez-vous à ce domicile ? (mois, année)

D2- Lieux de résidence antérieurs où vous avez vécu au moins un an : (du plus récent au plus ancien)

Lieux de résidence antérieurs	De quel âge à quel âge y avez-vous vécu ?
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _
Adresse Ville..... _ _ _ _ _ Département <i>Pays, si lieu de résidence à l'étranger</i> _ _ _ _ _	_ _ à _ _

E- CONSOMMATION DE TABAC

E1- Fréquence et type de tabac

Fumez-vous ou avez-vous fumé **régulièrement** ? 1. Oui 2. Non
(au moins une cigarette ou un cigare ou une pipe par jour pendant 6 mois ou plus)

Si oui : Quel genre de tabac fumez-vous ou avez-vous fumé **régulièrement** ?

Cigarettes	1	Codes additifs : exemple si la réponse est cigarettes et cigarillos indiquer 3 (1+2)
Cigares ou cigarillos	2	
Pipes	4	

E2- Cigarettes (incluent les cigarettes roulées ou en paquets) 1. Oui 2. Non

Si oui : Pour chaque marque de cigarettes fumées noter la consommation par période.

Une période est définie par :

- . l'absence de changement de marque
- . pour chaque marque, l'absence de changement notable de consommation (+/- 20%)

Marque de cigarettes ou de tabac à rouler Commencer par la période la plus récente (Annexe 3) Mettre 8888 si aucun code ne correspond	Filter 1. Sans 2. Avec	Nombre par jour	Age de début	Age de fin
..... _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _	_ _ (cf*)
..... _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _	_ _
..... _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _	_ _
..... _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _	_ _
..... _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _	_ _

*Ne pas remplir si la personne n'a pas arrêté de fumer des cigarettes ou si elle a arrêté depuis moins d'un an

E3- Cigares et cigarillos 1. Oui 2. Non

Si oui, mêmes instructions que pour les cigarettes

Marque de cigares ou cigarillos Commencer par la période la plus récente (Annexe 3) Mettre 8888 si aucun code ne correspond	1. Cigares 2. Cigarillos	Nombre par semaine	Age de début	Age de fin
..... _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _	_ _ (cf*)
..... _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _	_ _
..... _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	_ _ _	_ _	_ _

*Ne pas remplir si la personne n'a pas arrêté de fumer des cigares/cigarillos ou si elle a arrêté depuis moins d'un an

E4- Pipes 1. Oui 2. Non

Si oui, remplir ci-après

Mêmes instructions que pour les cigarettes

Marque de tabac Commencer par la période la plus récente (Annexe 3) Mettre 8888 si aucun code ne correspond	Nombre de pipes par semaine	Age de début	Age de fin
..... _ _ _ _	_ _ _	_ _	_ _ (cf*)
..... _ _ _ _	_ _ _	_ _	_ _
..... _ _ _ _	_ _ _	_ _	_ _

*Ne pas remplir si la personne n'a pas arrêté de fumer la pipe ou si elle a arrêté depuis moins d'un an

E5- Exposition au tabagisme passif

(le tableau ci-dessous ne doit être complété que pour les personnes ayant répondu NON précédemment)

Avez-vous été exposé(e) à la fumée de tabac ?	1. Oui 2. Non	Pendant combien d'heures par jour ?		Pendant combien d'années ? (mettre 0 si ne sait pas)	
Durant votre enfance au domicile	_	_ _	_ Ne sait pas	_ _	_ Ne sait pas
A l'âge adulte au domicile	_	_ _	_ Ne sait pas	_ _	_ Ne sait pas
A l'âge adulte au travail (bureau, atelier)	_	_ _	_ Ne sait pas	_ _	_ Ne sait pas

E6- Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?

1. Oui 2. Non

(haschich, marijuana, herbe, joint ou shit)

Si oui, pouvez-vous préciser :

. pendant combien d'années vous avez consommé du cannabis ?

. la fréquence moyenne de votre consommation de cannabis ?

1. Moins d'une fois par mois
2. 1 à 3 fois par mois
3. 1 à 2 fois par semaine
4. 3 à 6 fois par semaine
5. 1 fois par jour ou plus

F- CONSOMMATION DE BOISSONS

Maintenant je vais vous poser quelques questions sur votre consommation de certaines boissons, pendant la **majeure partie de votre vie adulte**. Même si vos habitudes ont changé au cours de votre vie, merci d'essayer de vous rappeler avec quelle fréquence, en moyenne, vous consommiez chaque type de boisson (Tableau page suivante).

Boisson	Petit déjeuner	Matinée	Déjeuner	Après-midi	Diner	Soirée	Nombre/ jour	Nombre/ semaine	Age de début	Age de fin
Café							_ _	_ _	_ _	_ _
Décaféiné							_ _	_ _	_ _	_ _
Thé							_ _	_ _	_ _	_ _
Vin							_ _	_ _	_ _	_ _
Bière, cidre							_ _	_ _	_ _	_ _
Apéritif anisé, vin cuit							_ _	_ _	_ _	_ _
Alcools forts, digestifs							_ _	_ _	_ _	_ _

G- ALIMENTATION

Pensez-vous que votre alimentation est correcte ? Oui. 1 Non. 2 Ne sait pas. 3

Habituellement, combien de repas (y compris le petit déjeuner) prenez-vous par jour ?

- 1 repas 1
- 2 repas 2
- 3 repas 3
- Plus de 3 repas 4

Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les aliments ou boissons suivants ?

- Lait et produits laitiers(sauf fromage) si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Viande (bœuf, veau, agneau,porc...), volaille (poulet...), lapin si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Poisson ou fruits de mer si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Œufs si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Pain, biscottes et céréales si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Pâtes, pommes de terre, riz,semoule si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Fruits crus ou cuits (y compris lesjus 100% fruits) si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Légumes crus (crudités) ou cuits (sauf la pomme de terre) si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Légumes secs (lentilles, haricots blancs, fèves, pois chiches si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Plats préparés industriels ou de traiteur si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Charcuterie si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Fromage si 6 combien de fois par jour |_|_|
- Boissons sucrées ou sodas si 6 combien de fois par jour |_|_|

- Jamais ou presque : 1
- Moins d'une fois par semaine : 2
- Environ 1 fois par semaine : 3
- 2 à 3 fois par semaine : 4
- 4 à 6 fois par semaine : 5
- 1 fois par jour ou plus : 6

Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous les corps gras suivants ?

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Beurre | <input type="checkbox"/> | Huile d'olive | <input type="checkbox"/> |
| Margarine | <input type="checkbox"/> | Huile mélangée | <input type="checkbox"/> |
| Huile de maïs | <input type="checkbox"/> | Huile de colza | <input type="checkbox"/> |
| Huile d'arachide | <input type="checkbox"/> | Huile de noix | <input type="checkbox"/> |
| Huile de tournesol | <input type="checkbox"/> | Autre | <input type="checkbox"/> |
| Huile de pépins de raisin | <input type="checkbox"/> | | |

- Jamais : 1
 Rarement : 2
 Souvent : 3
 Tous les jours : 4

Aimez-vous manger très salé ou resalez-vous vos plats avant de les avoir goûtés ? Oui. 1 Non. 2

Au cours des **3 derniers mois**, avez-vous eu une perte d'appétit ?

Non 1
 Oui, modérée 2
 Oui, importante 3
 Ne sait pas 4

H- HISTORIQUE PROFESSIONNEL

Pouvez-vous retracer votre carrière professionnelle en commençant par la **dernière** profession exercée ? (ne recueillir que les professions exercées pendant 6 mois au moins). Evitez de noter des informations trop vagues comme « fonctionnaire » ou « mécanicien » mais préciser exactement votre emploi (policier ou mécanicien poids lourds) – cf exemple dans le tableau ci-dessous.

Période		Profession exercée (livre CITP)	Production ou secteur d'activité (Annexe 4)
De	A		
<i>Exemple :</i>			
1998	2011	Peintre en carrosserie	Réparation automobile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

I- ACTIVITE PHYSIQUE

- Dans **votre travail actuel** ou dans **votre dernier emploi si vous ne travaillez pas actuellement**, quel degré d'effort physique vous est-il (était-il) demandé **habituellement** ?

Travail sédentaire : 1
Travail léger : marche, petite manutention (moins de 10 kg) : 2
Travail moyen : manutention d'objets assez lourds (entre 10 kg et 25 kg) : 3
Travaux de force : manutention lourde (25 kg et plus) : 4
N'a jamais travaillé : 5

- Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** des trajets à pied, à vélo... (pour le travail ou non) ?

Non 1
Oui, moins de 15 minutes par trajet 2
Oui, 15 minutes et plus par trajet 3

Si oui (quel que soit le temps de trajet) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'année(s) ?

Moins d'1 an 1

1 an ou plus 2

Indiquez depuis combien d'année(s) : année(s)

- Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** du sport (hors trajets, bricolage, jardinage et ménage) ?

Non 1
Oui, moins de 2 heures par semaine 2
Oui, 2 heures et plus par semaine 3

Si oui (quel que soit le nombre d'heures) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'année(s) ?

Moins d'1 an 1

1 an ou plus 2

Indiquez depuis combien d'année(s) : année(s)

- Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fait **régulièrement** des travaux de bricolage, de jardinage ou du ménage ?

Non 1
Oui, moins de 2 heures par semaine 2
Oui, 2 heures et plus par semaine 3

Si oui (quel que soit le nombre d'heures) :

• Combien de fois par semaine **en moyenne** ?

• Depuis combien d'année(s) ?

Moins d'1 an 1

1 an ou plus 2

Indiquez depuis combien d'année(s) : année(s)

J- GYNECOLOGIE (FEMMES)

J1- Age de vos premières règles ans

J2- Etes-vous ménopausée ? 1. Oui 2. Non

Si oui, à quel âge avez-vous été ménopausée ?

___|___|ans

Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement hormonal en rapport avec la ménopause ?

___| 1. Oui 2. Non

Si oui, pouvez-vous donner des précisions pour chacun des produits que vous prenez ou avez pris dans le cadre de ce traitement ?

Nom du médicament (Annexe 5) Mettre 88 si aucun code ne correspond	type	Dosage par comprimé, ou par patch ou par tube de gel		Nombre de comprimés, ou de patch ou d'applications de gel	Fréquence des prises ou des applications	Calcul de la dose par jour	Age de début	Age de fin (cf*)
		dose	unité					
Exemple : ESTREVA	comprimé	1,5	mg	1	Par jour	1*1.5= 1.5 mg		
Exemple : CLIMARA	Patch	50	mg	1	Par semaine	50/7= 7.1mg		
..... _ _	_ _	_ _	_ _
..... _ _	_ _	_ _	_ _
..... _ _	_ _	_ _	_ _

*Ne pas remplir si la personne n'a pas arrêté le traitement correspondant

J3- Avez-vous déjà été enceinte **quelle que soit la façon dont la grossesse s'est terminée** ? ___| 1. Oui 2. Non
(tenir compte de toutes les grossesses, y compris les interruptions volontaires de grossesse, les grossesses extra-utérines, les fausse-couches spontanées mêmes très précoces, les interruptions médicales de grossesse, les enfants morts-nés)

Si oui,

Combien de grossesses avez-vous eues **au total** quelle que soit la façon dont elles se sont terminées ? ___|___|

Pouvez-vous préciser si **au cours de votre vie**, vous avez eu :

. Une ou plusieurs fausse-couches spontanées ? ___| 1. Oui 2. Non Si oui, combien ___|

. Une ou plusieurs grossesses extra-utérines ?
(grossesse se développant de façon anormale en dehors de l'utérus, par exemple dans la trompe) ? ___| 1. Oui 2. Non Si oui, combien ___|

- . Une ou plusieurs IVG (interruption volontaire de grossesse) ? 1. Oui 2. Non Si oui, combien
- . Une ou plusieurs IMG (interruption médicale de grossesse, avortement « thérapeutique ») ? 1. Oui 2. Non Si oui, combien
- . Un ou plusieurs enfants morts-nés ? 1. Oui 2. Non Si oui, combien

K- HISTORIQUE DE SANTE

K1- Taille et poids

- Quelle est votre taille adulte ? cm
- Quel est votre poids actuel ? kg
- Quel a été votre poids moyen à l'âge adulte? kg
- Quel était votre poids à l'âge de 20 ans ? kg
(poids avant grossesse si la personne était enceinte à 20 ans)

K2- Avez-vous déjà eu une infection urinaire à la vessie ayant nécessité la prise d'antibiotiques ?

1. Oui 2. Non

Si oui :

Combien de fois avez-vous eu ce type d'infection?

1-2 fois : 1 3-4 Foies : 2 >4 fois : 3

A quel âge avez-vous eu ce type d'infection pour la première fois ? ans

A quel âge avez-vous eu ce type d'infection pour la dernière fois ? ans

K3- Avez-vous déjà eu une infection des reins diagnostiquée par un médecin ? 1. Oui 2. Non

Si oui

A quel âge avez-vous eu pour la première fois ce type d'infection ? ans

Combien de fois avez-vous eu ce type d'infection ?

K4- Avez-vous déjà eu des pierres dans la vessie ? 1. Oui 2. Non

K5- Avez-vous déjà eu des coliques néphrétiques ou des calculs rénaux? 1. Oui 2. Non

K6- Avez-vous déjà eu des «urines rouges»? 1. Oui 2. Non

Si oui : A quelle date était-ce pour la première fois (mois, année) ? |

K7- Si le patient est un homme, posez les questions suivantes :

Avez-vous eu un de ces symptômes quand vous uriniez: difficulté pour, commencer à uriner, difficulté pour cesser d'uriner ou devoir uriner plus de 2fois pendant la nuit? 1. Oui 2. Non

Si oui : A quel âge avez-vous senti pour la première fois un de ces symptômes? ans

Avez-vous actuellement un de ces symptômes? 1. Oui 2. Non

Si non : A quel âge avez-vous arrêté de ressentir un ou plusieurs de ces symptômes? ans

K8- Maintenant j'ai quelques questions sur votre historique médical.

Avez-vous senti des sifflements dans la poitrine lors des 12 derniers mois? 1. Oui 2. Non

Si oui :

Avez-vous senti que vous manquiez d'air quand ces sifflements ont survécu ? 1. Oui 2. Non

Avez-vous senti ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé(e)? 1. Oui 2. Non

Vous êtes-vous réveillé(e) la nuit à cause d'un manque d'air lors des 12 derniers mois ?

1. Oui 2. Non

Avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement de l'asthme ?

1. Oui 2. Non

Si oui :

Votre asthme a-t-il été diagnostiqué par un médecin ?

1. Oui 2. Non

A quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ?

ans

A quel âge avez-vous eu votre dernière crise d'asthme ?

ans

Avez-vous eu une crise d'asthme lors des 12 derniers mois ?

1. Oui 2. Non

Prenez-vous actuellement un médicament pour l'asthme ?
(inhalateurs, aérosols ou comprimés)

1. Oui 2. Non

Avez-vous des allergies nasales, y compris le rhume des foins ?

1. Oui 2. Non

Avez-vous senti que vous aviez des problèmes d'éternuements, le nez qui coulait ou le nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et que vous n'aviez pas la grippe ?

1. Oui 2. Non

Si oui :

Avez-vous senti que vous aviez des problèmes d'éternuements, le nez qui coulait ou le nez bouché lors des 12 derniers mois alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) et que vous n'aviez pas la grippe ?

1. Oui 2. Non

Ce problème nasal a-t-il été accompagné d'un picotement aux yeux ou d'un larmoiement ?

1. Oui 2. Non

Avez-vous déjà eu un eczéma ou une allergie cutanée ?

1. Oui 2. Non

Avez-vous eu une éruption cutanée avec démangeaison qui apparaissait et disparaissait pendant au moins 6 mois ?

1. Oui 2. Non

Si oui :

Avez-vous eu cette éruption avec démangeaison lors des 12 derniers mois ?

1. Oui 2. Non

Cette éruption avec démangeaison s'est-elle déjà produite sur une de ces zones :
partie intérieure des coudes, derrière les genoux, partie avant des chevilles,
sous les fessiers ou autour du cou, des oreilles ou des yeux ?

1. Oui 2. Non

K9- Le groupe de questions suivant porte sur votre santé, sur les problèmes médicaux que vous avez pu avoir à n'importe quelle période de votre vie.

Maladies	1. Oui 2. Non 3. ND	Si oui, à quel âge ce problème médical a-t-il été diagnostiqué ? Si âge inconnu mettre 00
Arthrites rhumatoïde	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lupus – Lupus érythémateux systémique (LES)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sclérodermie – accumulation de collagène dans la peau et les organes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Polymyalgie rhumatoïde/ Artérite temporale	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Maladie de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Colite ulcéraire	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Thyroïde très active – hyperthyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Thyroïde peu active – hypothyroïdie	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Parotidite (oreillons)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Pression élevée - hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabète type 1 ou 2 (niveau de sucre élevé dans le sang) <i>Chez les femmes, ne pas prendre en compte le diabète gestationnel</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Insuffisance cardiaque (le cœur ne bat pas ou ne pompe pas correctement)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Infarctus, angine de poitrine (arrêt cardiaque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème, bronchite chronique ou maladie pulmonaire obstructive chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral (caillot de sang, saignement ou hémorragie dans le cerveau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer (Annexe 8)		
Si oui : - organe / partie du corps _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- organe / partie du corps _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K10- Le médecin vous a déjà dit que vous avez :

Cholestérol élevé – hyper-cholestérolémie 1. Oui 2. Non

Si oui :

A quel âge ce fut diagnostiqué? ans

Avez-vous pris un ou plusieurs médicaments de façon régulière (au moins une fois par semaine pendant trois mois ou plus)? 1. Oui 2. Non

Si oui, demandez:

Nom du médicament (Annexe 6) Mettre 88 si aucun code ne correspond	Dose par jour	Age de début	Age de fin (cf*)	Au total, pendant combien de mois ou années avez-vous pris ce médicament de façon régulière?	
				mois	année
..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*Ne pas remplir si la personne n'a pas arrêté le traitement correspondant

K11- Avez-vous pris de façon régulière (au moins une fois par semaine pendant trois mois ou plus) des médicaments contre la douleur ou anti-inflammatoires, par exemple: aspirine, doliprane, efferalgan, cortisone, etc.

1. Oui 2. Non

Si oui, demandez:

Nom du médicament (Annexe 7) Mettre 888 si aucun code ne correspond	Dose par jour	Age de début	Age de fin (cf*)	Au total, pendant combien de mois ou années avez-vous pris ce médicament de façon régulière?	
				mois	année
..... _ _ _ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
..... _ _ _ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
..... _ _ _ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _
..... _ _ _ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _

*Ne pas remplir si la personne n'a pas arrêté le traitement correspondant

L- HISTORIQUE FAMILIAL

Maintenant je souhaiterais vous poser quelques questions sur votre historique familial.

Je suis uniquement intéressé(e) par vos parents les plus directs, vivants ou décédés, à savoir votre mère, père, frères et sœurs et vos enfants.
Je vous prie de ne pas prendre en compte les parents liés à vous par mariage ou adoption.

L1- Parents

	Ce parent est-il en vie ? 1. Oui 2. Non	Si le parent est décédé, année du décès et âge au décès Mettre 0000 dans l'année ou 00 dans l'âge si données non connues	Si le parent est vivant, quel âge a-t-il ?	Ce parent fume/fumait-il? 1. Oui 2. Non	Ce parent avait-t-il de l'asthme ? 1. Oui 2. Non	Ce parent avait-t-il une allergie cutanée (de la peau) ou nasale (du nez) ou de la rhinite? 1. Oui 2. Non	Ce parent avait-il un cancer? tumeurs malignes, leucémie et maladie de Hodgkin y compris 1. Oui 2. Non	Si oui, quel type de cancer avait votre parent ou à quelle partie du corps cela a-t-il commencé? Pour chaque cancer indiquer le type/partie du corps et l'âge au diagnostic (Annexe 8)
Mère	<input type="checkbox"/>	_____ Année _____ Age	_____ Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE 2 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE
Père	<input type="checkbox"/>	_____ Année _____ Age	_____ Age	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE 2 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE

L2- Fratrie

Combien de frères avez/aviez-vous? |_|_|_|

Combien de sœurs avez/aviez-vous? |_|_|_|

Posez ces questions pour chaque frère et sœur, en ordre chronologique.

	Ce parent est-il en vie ? 1. Oui 2. Non	Si le parent est décédé, année du décès et âge au décès Mettre 0000 dans l'année ou 00 dans l'âge si données non connues	Si le parent est vivant, quel âge a-t-il ? 1. Oui 2. Non	Ce parent fume/fumait-il? 1. Oui 2. Non	Ce parent avait-t-il de l'asthme ? 1. Oui 2. Non	Ce parent avait-t-il un eczéma, une allergie cutanée (de la peau) ou nasale (du nez) ou de la rhinite? 1. Oui 2. Non	Ce parent avait-il un cancer? <i>tumeurs malignes, leucémie et maladie de Hodgkin y compris</i> 1. Oui 2. Non	Si oui, quel type de cancer avait votre parent ou à quelle partie du corps cela a-t-il commencé? <i>Pour chaque cancer indiquer le type/partie du corps et l'âge au diagnostic</i> Annexe 8
_ Frère 1 Sœur 2	_	_ _ _ Année _ _ Age	_ _ Age	_	_	_	1. <input type="checkbox"/> TYPE/PARTIE DU CORPS 2. <input type="checkbox"/> TYPE/PARTIE DU CORPS AGE	
_ Frère 1 Sœur 2	_	_ _ _ Année _ _ Age	_ _ Age	_	_	_	1. <input type="checkbox"/> TYPE/PARTIE DU CORPS 2. <input type="checkbox"/> TYPE/PARTIE DU CORPS AGE	
_ Frère 1 Sœur 2	_	_ _ _ Année _ _ Age	_ _ Age	_	_	_	1. <input type="checkbox"/> TYPE/PARTIE DU CORPS 2. <input type="checkbox"/> TYPE/PARTIE DU CORPS AGE	

<input type="checkbox"/> Frère 1 <input type="checkbox"/> Sœur 2	<input type="checkbox"/> Age	<input type="checkbox"/>	1 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE 2 _____ TYPE /PARTIE DU CORPS AGE										
<input type="checkbox"/> Frère 1 <input type="checkbox"/> Sœur 2	<input type="checkbox"/> Age	<input type="checkbox"/>	1 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE 2 _____ TYPE /PARTIE DU CORPS AGE										
<input type="checkbox"/> Frère 1 <input type="checkbox"/> Sœur 2	<input type="checkbox"/> Age	<input type="checkbox"/>	1 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE 2 _____ TYPE /PARTIE DU CORPS AGE										
<input type="checkbox"/> Frère 1 <input type="checkbox"/> Sœur 2	<input type="checkbox"/> Age	<input type="checkbox"/>	1 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE 2 _____ TYPE /PARTIE DU CORPS AGE										
<input type="checkbox"/> Frère 1 <input type="checkbox"/> Sœur 2	<input type="checkbox"/> Age	<input type="checkbox"/>	1 _____ TYPE/PARTIE DU CORPS AGE 2 _____ TYPE /PARTIE DU CORPS AGE										

M- QUALITE DU QUESTIONNAIRE ET OBSERVATIONS DE L'INTERVIEWER

Heure de finalisation du questionnaire : _____ Durée : |_|_|_| minutes

La coopération de la personne interviewée a été: |_|

Très bonne 1
Bonne 2
Passable 3
Mauvaise 4

La qualité de cet entretien est :

Section	Qualité
Démographie	_
Historique résidentiel	_
Consommation de tabac	_
Consommation de boissons	_
Alimentation	_
Activité physique	_
Historique professionnel	_
Gynécologie	_
Historique de santé	_
Historique familial	_

0 : Questionnaire inachevé, 1 : Elevée, 2 : Fiable, 3 : Douteuse, 4 : Non satisfaisante

La qualité générale de cet entretien est: |_|

Elevée 1
En général fiable 2
Douteuse 3
Non satisfaisante 4

Remarques:

Questionnaire de Qualité de vie EQ-5D5L

NUMERO D'IDENTIFICATION COBLAnCE :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

mois

année

Numéro d'historique clinique (NIP) :

Date d'inclusion (JJ/MM/AAAA)

Pour chaque rubrique, veuillez cocher **UNE** case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

MOBILITE

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- Je suis incapable de me déplacer à pied

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout seul
- J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout seul
- J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout seul
- J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout seul
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

ACTIVITES COURANTES (*exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

DOULEURS / GENE

- Je n'ai ni douleur ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

ANXIETE / DEPRESSION

Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)

Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)

Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)

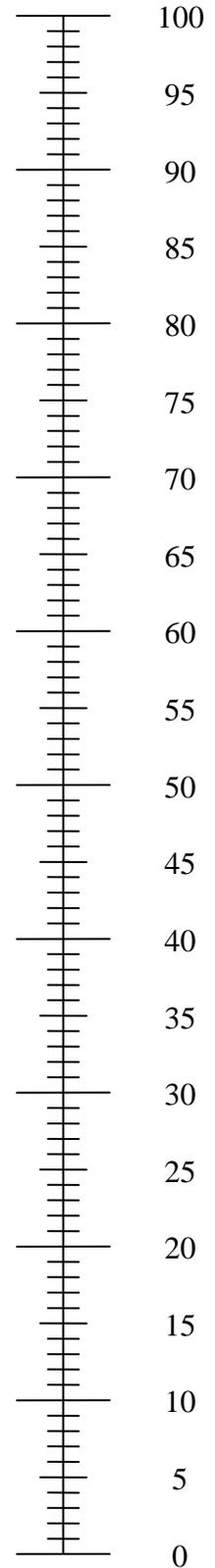
Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)

Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD’HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l’échelle afin d’indiquer votre état de santé AUJOURD’HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l’échelle.

VOTRE SANTE AUJOURD’HUI =

La meilleure santé que
vous puissiez imaginer



La pire santé que vous
puissiez imaginer

Au cours de la semaine passée:

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
16. Avez-vous été constipé(e)?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu de la diarrhée?	1	2	3	4
18. Etiez-vous fatigué(e)?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e)?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous senti(e) irritable?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie <u>familiale</u> ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités <u>sociales</u> (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...)?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers?	1	2	3	4

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais

Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvaise

Excellente

Questionnaires à remplir
A partir du dossier clinique
du patient

COBLANCE INCLUSION avant les résultats d'anatomopathologie

Questionnaire clinique et économique

IDENTIFICATION du patient

Numéro d'identification COBLANCE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / /

/ /
mois année

Date collecte des données / /

Le patient participe- t'il à une autre étude clinique 1= Oui, 2= Non

Si oui ,

Nom de l'essai clinique _____

N° EudraCT : -

Paramètres cliniques à l'inclusion

Taille cm

Poids kg

ASA (entre 1 à 5)

Indice de Karnofsky : (entre 0 et 100)

Créatininémie $\mu\text{M/l}$

888 si dosage non réalisé

Hémoglobininémie , g/dl

888 si dosage non réalisé

PSA , g/dl

8888 si dosage non réalisé

Autre unité de mesure PSA, Préciser _____

TA --- mm/Hg

888---888 si non disponible

Autre cancer 1= Oui, 2= Non

Préciser _____

Si oui,

date de traitement (JJ/MM/AAAA) / /

Statut 0= en traitement de la tumeur initiale 1= rémission 2= rechute 8= donnée manquante

Circonstance de diagnostic de la tumeur de vessie (TV)

Découverte fortuite 1= Oui, 2= Non

Si non, Date du premier symptôme faisant évoquer une TV (JJ/MM/AAAA) / /

Hématurie macroscopique 1= Oui, 2= Non

Pollakiurie 1= Oui, 2= Non

Dysurie 1= Oui, 2= Non

Urgenturie 1= Oui, 2= Non

Hydronéphrose 1= Oui, 2= Non

Métastase symptomatique 1= Oui, 2= Non

Préciser le type de métastase : _____

(codage à postériori)

Altération de l'état général 1= Oui, 2= Non

Si oui, Préciser : _____

Autre 1= Oui, 2= Non

Si oui, Préciser : _____

Le patient s'est présenté en consultation d'urologie:

De sa propre volonté (sans conseil médical) 1= Oui, 2= Non

Adressé par un médecin généraliste 1= Oui, 2= Non

Adressé par un urologue 1= Oui, 2= Non

Adressé suite à une surveillance pour exposition professionnelle 1= Oui, 2= Non

Autre 1= Oui, 2= Non si oui, Préciser _____

Le critère d'inclusion du patient dans l'étude est :

1= un diagnostic de première tumeur de vessie (cas général),

2= une cystectomie après un diagnostic récent (moins d'un an) de première tumeur de vessie réalisé dans un autre centre de soins. Préciser : la date de diagnostic initial //

le centre de diagnostic: _____

Ville _____ Code postal _____

3= une progression en TVIM d'une première TVNIM (Ta, T1) diagnostiquée dans le centre de soins investigateur, sans récidives préalables. Préciser la date de diagnostic initial (JJ/MM/AAAA)

//

Autre préciser : -----

DERNIERS EXAMENS REALISES AVANT LA RESECTION DE DIAGNOSTIC
Ne reporter que les examens réalisés en dehors d'une hospitalisation

Cytologie urinaire

Cytologie urinaire lors du diagnostic de cancer de la vessie ? 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Si plusieurs cytologies avant traitement chirurgical, préciser le nombre dans l'année écoulée

Date du dernier examen (JJ/MM/AAAA) / /

Résultat du dernier examen 1 = Négative 2=atypique 3=suspect de bas grade 4=positive haut grade
5=non contributive

Examen cyto bactériologique des urines

Examen cyto bactériologique des urines lors du diagnostic de cancer de la vessie ? 1= Oui, 2= Non

Si plusieurs examens avant le traitement chirurgical, préciser le nombre dans l'année écoulée

Date du dernier examen (JJ/MM/AAAA) / /

Créatininémie 1= Oui, 2= Non ; Valeur : $\mu\text{M/l}$

Echographie abdominale

Une échographie abdominale a-t-elle été réalisée ? 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Date de l'échographie (JJ/MM/AAAA) / /

Résultat de la vessie 1= normal 2= lésion vésicale (polype ou masse) 8= donnée manquante

Résultat haut appareil 1 = normal 2 = Dilatation ou hypotonie unilatérale 3= Dilatation ou hypotonie
bilatérale 8= donnée manquante

Présence d'autres anomalies 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Préciser _____ (codage à posteriori)

Fibroscopies des voies urinaires

Une ou plusieurs fibroscopies des voies urinaires ont-elles été réalisées en consultation avant le traitement chirurgical initial d'inclusion dans COBLANCE ? 1= Oui, 2= Non

Si oui, préciser le nombre d'examens selon la modalité

Anesthésie générale 1= Oui 2= Non	Date (JJ/MM/AAAA)	Biopsie à la pince 1= Oui 2= Non	Aspect endoscopique 0= Normal 1= TV unique 2= 2 à 5 TV 3= plus de 5 localisations 4= CIS (carcinome in situ) suspecté
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Imagerie de diagnostic pratiquées :

Une TDM abdomino-pelvienne a-t-elle été réalisée ? 1= Oui, 2= Non, 8=donnée manquante

Une TDM thorax a-t-elle été réalisée ? 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Une IRM abdomino-pelvienn

e a-t-elle été réalisée 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Autre imagerie de diagnostic 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Si oui à au moins une de ces propositions, remplir les **bilans d'extension et d'imagerie** pages 31-32

COBLANCE Diagnostic et traitement initial dans le centre d'inclusion

Résection endoscopique de vessie (RTUV) 1= Oui, 2= Non

Fluorescence Hexvix® 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Fluorescence NBI® 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Date de la RTV / /

Nombre de tumeurs réséquées 1= TV unique 2=entre 2 et 5 TV 3= plus de 5 localisations
4= unique suspecte CIS

Aspect de CIS 0= Non 1= CIS isolé 2= CIS associée à la TV 8= donnée manquante

Localisation de la (des) tumeur (s) - Plusieurs réponses possibles :

Urètre 1= Oui, 2= Non Trigone 1= Oui, 2= Non

Dôme 1= Oui, 2= Non Col vésical 1= Oui, 2= Non

Face latérale droite 1= Oui, 2= Non Face latérale gauche 1= Oui, 2= Non

Face antérieure 1= Oui, 2= Non

Aspect du méat droit 0= Normal 1= tumoral 2= non identifiable 8= donnée manquante

Aspect du méat gauche 0= Normal 1= tumoral 2= non identifiable 8= donnée manquante

Pour la plus grande TV

Taille mm

Aspect 1= papillaire 2= solide 3= mixte 8= donnée manquante

Base 1= sessile 2= pédiculée

Résection complète 1= Oui, 2= Non

Biopsie sur zone douteuse (CIS) 1= Oui, 2= Non

IPOP 1= Oui, 2= Non

Date de début de l'hospitalisation (JJ, MM, AAAA) / /

Date de fin de l'hospitalisation (JJ, MM, AAAA) / /

Préciser le groupe homogène de malades* (GHM) :

1= 11C051 = Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1

2= 11C052 = Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 2

3= 11C053 = Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 3

4= 11C054 = Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 4

5= Autre, préciser

6= 11C131 =

**Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement*

Complication : 1= Oui, 2= Non

Si oui,

hémorragie nécessitant une reprise 1= Oui, 2= Non

si oui, Précisez 1- décaillotage au lit du patient 2- reprise sous anesthésie

Perforation vésicale : 1= Oui, 2= Non

Décès du patient : 1= Oui, 2= Non

Si autre, préciser : _____

SECONDE RTUV 1= Oui, 2= Non

Motif 1= 2nd résection systématique après résection d'une tumeur superficielle de haut grade (Ta ou T1 ou CIS)

2= 2nd résection pour compléter la première résection jugée incomplète

3= 2nd résection avant radio-chimiothérapie

4= Autre, préciser : _____

Fluorescence Hexvix® 1= Oui, 2= Non

Fluorescence NBI® 1= Oui, 2= Non

Aspect endoscopique au 2nd look :

- tumeur résiduelle sur le lit de la résection précédente 1= Oui, 2= Non

- nouvelle tumeur résiduelle (siège différent de la résection précédente)
1= Oui, 2= Non

Date de début de l'hospitalisation (JJ, MM, AAAA) / /

Date de fin de l'hospitalisation (JJ, MM, AAAA) / /

Hospitalisation dans le centre d'inclusion 1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins _____

Ville _____ Code postal

Préciser le groupe homogène de malades* (GHM)

1= 11C051 = Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 1

2= 11C052 = Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 2

3= 11C053 = Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 3

4= 11C054 = Interventions transurétrales ou par voie transcutanée, niveau 4

5= Autre, préciser

6= 11C131 =

**Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement*

Bilan d'extension

TDM

1. Si Une TDM abdomino-pelvienne a été réalisée

Date TDM abdominale (JJ/MM/AAAA) |__|_|__|/|__|_|__|/|__|_|__|_|__|_|

Résultat vessie |__| 1 = normal 2 = lésion vésicale (polype ou masse) 8 = donnée manquante

Résultat haut appareil |__| 1 = normal 2 = dilatation ou hypotonie unilatérale 3= dilatation ou hypotonie bilatérale 8= donnée manquante

Résultat haut appareil urothélial |__| 1 = normal 2 = présence de lésion urothéliale

Adénopathie > 1cm |__| 1=Non 2= Unilatérale 3= bilatérale 4=doute

Si oui, localisation : ilio-obturateur |__| 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

iliaque primitif |__| 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

inguinale |__| 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

latéro-aortique |__| 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Présence d'une autre anomalie |__| 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Si oui, Préciser _____ |__|_|__|_| (codage à posteriori)

2. Si Une TDM thorax a été réalisée

Date de la TDM thorax (JJ/MM/AAAA) |__|_|__|/|__|_|__|/|__|_|__|_|__|_|

Résultat TDM thorax |__| 1=normal 2=métastases du cancer de vessie 3= lésion tumorale d'origine indéterminée 8= donnée manquante

Si lésion, préciser _____ |__|_|__|_| (codage à posteriori)

IRM

Si une IRM abdomino-pelvienne a été réalisée,

Date IRM (JJ/MM/AAAA) |__|_|__|/|__|_|__|/|__|_|__|_|__|_|

Résultat vessie |__| 1 = normal 2 = lésion vésicale (polype ou masse) 8 = donnée manquante

Résultat haut appareil |__| 1 = normal 2 = dilatation ou hypotonie unilatérale 3= dilatation ou hypotonie bilatérale 8= donnée manquante

Résultat haut appareil urothélial |__| 1 = normal 2 = présence de lésion urothéliale

Adénopathie > 1cm 1=non 2= unilatérale 3= bilatérale 4=doute

Si oui, localisation : ilio-obturateur 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

iliaque primitif 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

inguinale 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

latéro-aortique 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Présence d'une autre anomalie 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Préciser _____ (codage à posteriori)

Si une ou d'autres imageries de diagnostic ont été réalisées :

1= Oui, 2= Non	Type d'examens	Date (JJ/MM/AAAA)
<input type="checkbox"/>	Echographie réno-vésico-prostatique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Uroscanner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	UroIRM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	TEP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre, préciser	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre, préciser	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Autre, préciser	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bilan de l'imagerie (TDM, IRM, autres)

Stade : T 1= tumeur sans autre précision, 2= ≥ à T2 sans autre précision, 3 = envahissant la graisse, 4= envahissant les organes du voisinage, 8= donnée manquante

N
M } Utiliser la classification officielle du dossier clinique

Hospitalisation dans le centre d'inclusion 1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins _____

Ville _____ Code postal |__|__|__|__|__|

Groupe homogène de malades (GHM*) dans lequel a été classé le séjour |__|

1= 11C021 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 1

2=11C022 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 2

3=11C023 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 3

4=11C024 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 4

5= Autre, préciser GHM |__|__|__|__|__|

6= 11C131 =

* Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement

Curage ganglionnaire 1= Oui, 2= Non

	DROIT	GAUCHE	
Ilio-obturateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante
Iliacque externe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante
Iliacque interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante
Iliacque primitif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante
Latéro-aortique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante

Type d'exérèse |__|

1= Cystoprostatectomie totale chez l'homme

2= Pelvectomie antérieure chez la femme

3= Cystectomie totale et conservation de la coque prostatique chez l'homme

4= Cystectomie totale et conservation utérine chez la femme

5= Cystectomie partielle / Diverticulectomie

6= Autre, Préciser _____

Urétréctomie 1= Oui, 2= Non

Néphro-urétréctomie |__| 1= Oui, 2= Non

Si oui, type : |__| 1=unilatérale 2= bilatérale

Demande d'analyse extemporanée |__| 1= Oui, 2= Non

Si oui, type : |__| 1=curage 2= recoupe uretère droit 3= recoupe uretère gauche 4 = urètre

5= autre, préciser : _____

Résultat de l'extempo. : |__| 1= positive 2= douteuse 3= négative 8= donnée manquante

Dérivation urinaire |__| 1 = Urétérostomie cutanée 2 = Urétérostomie trans-iléale (Bricker)

3 = Néovessie , préciser le type de néovessie : |__|

1= Z 2= Studert 3= Hautman 4= Autre

Si autre, préciser : _____ |__|__|__| (codage à posteriori)

4 = Coffey

5 = Dérivation continente,

préciser : _____ |__|__|__| (codage à posteriori)

8 = donnée manquante

Durée opératoire |__|__|__| minutes

Perte sanguine estimée |__|__|__| ml

Transfusion sanguine |__| 1= Oui, 2= Non Si oui, nombre de culots : |__|__|

Séjour postopératoire immédiat en unité de soins intensifs |__| 1= Oui 2= Non 8= donnée manquante

Complication |__| 1= Oui, 2= Non , 8= donnée manquante

Si oui préciser le type de complication :

Complication médicale __ __		Complication chirurgicale __ __	
01	Embolie pulmonaire	11	Occlusion nécessitant une reprise
02	Infection pulmonaire	12	Eventration nécessitant une reprise
03	Sepsis	13	Fistule digestive
04	Infarctus du myocarde	14	Fistule urinaire
05	Troubles nerveux (AVC)	15	Non reprise du transit au bout de 8 jours
06	Décès du patient	16	Autre, préciser : _____
07	Autre, préciser : _____		

Remplir le(s) tableau(x) de ré-hospitalisation en pages 42 à 45

COBLANCE TVIM ou Tumeur intradiverticulaire traitée par cystectomie

Questionnaire clinique et économique

Traitement

IDENTIFICATION du patient

Numéro d'identification COBLANCE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) / /
mois année

Date collecte des données / /

Le patient a-t-il eu une résection pour TVIM dans un autre centre ? 1= Oui, 2= Non

Si oui,

date de la 1^{ère} résection connue (JJ/MM/AAAA) / /

Nombre de résections

date de la dernière résection (JJ/MM/AAAA) / /

Le patient a-t-il eu une TVNIM avant : 1= Oui, 2= Non

Si oui,

Date de la première résection connue (JJ/MM/AAAA) / /

Nombre de résections

Date de la dernière résection (JJ/MM/AAAA) / /

Y a-t-il eu d'autres traitements antérieurs liés au cancer de la vessie (autre que la résection) ?

0= Non 1= BCG 2=amétycine

3= autres instillations, préciser : _____

4= chimiothérapie systématique, préciser : _____

5= radiothérapie systématique, préciser : _____

CYSTECTOMIE 1= Oui, 2= Non

Date de début de l'hospitalisation (JJ, MM, AAAA) / /

Date de fin de l'hospitalisation (JJ, MM, AAAA) / /

Indication 1 = TVIM d'emblée (traitement curateur) 2 = tumeur intra-diverticulaire 3= palliative/
symptomatique 8 = donnée manquante

Hospitalisation dans le centre d'inclusion 1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins _____

Ville _____ Code postal

Voie d'abord 1=laparotomie 2=cœlioscopie 3=robot assisté 8 = donnée manquante

Groupe homogène de malades (GHM*) dans lequel a été classé le séjour |___|

1= 11C021 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 1

2=11C022 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 2

3=11C023 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 3

4=11C024 Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, niveau 4

5= Autre, préciser GHM |___| |___| |___| |___| |___|

6= 11C131 =

* Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement

Curage ganglionnaire |___| 1= Oui, 2= Non

DROIT

GAUCHE

Ilio-obturateur |___| |___| 1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante

Iliacque externe |___| |___| 1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante

Iliacque interne |___| |___| 1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante

Iliacque primitif |___| |___| 1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante

Latéro-aortique |___| |___| 1= Oui, 2= Non, 8= Donnée manquante

Type d'exérèse |___|

1= Cystoprostatectomie totale chez l'homme

2= Pelvectomie antérieure chez la femme

3= Cystectomie totale et conservation de la coque prostatique chez l'homme

4= Cystectomie totale et conservation utérine chez la femme

5= Cystectomie partielle / Diverticulectomie

6= Autre, Préciser : _____

Urétrectomie |___| 1= Oui, 2= Non

Néphro-urétrectomie |___| 1= Oui, 2= Non

Si oui, type : |___| 1=unilatérale 2= bilatérale

Demande d'analyse extemporanée |___| 1= Oui, 2= Non

curage |___| 1= Oui, 2= Non ;

si oui, résultat |___| 1= positive 2= douteuse 3= négative 8=donnée manquante

recoupe uretère droit |___| 1= Oui, 2= Non

si oui, résultat |___| 1= positive 2= douteuse 3=négative 8=donnée manquante

recoupe uretère gauche |___| 1= Oui, 2= Non

si oui, résultat |___| 1= positive 2= douteuse 3=négative 8=donnée manquante

urètre |___| 1= Oui, 2= Non

si oui, résultat |___| 1= positive 2= douteuse 3=négative 8=donnée manquante

autre 1= Oui, 2= Non

si oui préciser: _____ ;

résultat 1= positive 2= douteuse 3=négative 8=donnée manquante

Dérivation urinaire

1 = Urétérostomie cutanée

2 = Urétérostomie trans-iléale (Bricker)

3 = Néovessie , préciser le type de néovessie :

1= Z 2= Studert 3= Hautman 4= Autre

Si autre, préciser : _____ (codage à posteriori)

4 = Coffey

5 = Dérivation continente,

préciser : _____ (codage à posteriori)

8 = donnée manquante

Durée opératoire minutes

Perte sanguine estimée ml

Transfusion sanguine 1= Oui, 2= Non Si oui, nombre de culots :

Séjour postopératoire immédiat en unité de soin intensif 1= Oui, 2= Non, 8= donnée manquante

Complication 1= Oui, 2= Non , 8= donnée manquante

Si oui préciser le type de complication :

Complication médicale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Complication chirurgicale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
01	Embolie pulmonaire	11	Occlusion nécessitant une reprise
02	Infection pulmonaire	12	Eventration nécessitant une reprise
03	Sepsis	13	Fistule digestive
04	Infarctus du myocarde	14	Fistule urinaire
05	Troubles nerveux (AVC)	15	Non reprise du transit au bout de 8 jours
06	Décès du patient	16	Autre, préciser : _____
07	Autre, préciser : _____		

CHIMIOThERAPIE 1= Oui, 2= Non

Indication de la chimiothérapie 1=néoadjuvante 2= concomitante à la radiothérapie 3=adjuvante
4= 1^{re} ligne TVIM non opérable 5= 1^{re} ligne TVIM non opérable 8 = donnée manquante

Date début (JJ, MM, AAAA) / /

Date fin (JJ, MM, AAAA) / /

Nombre de cures/cycles

Protocole

- GC 1= Oui, 2= Non
- M-VAC intensifié 1= Oui, 2= Non
- M-VAC 1= Oui, 2= Non
- Autre protocole 1= Oui, 2= Non

Si autre protocole de chimiothérapie, préciser les molécules, les doses et le nombre de cycles

Nom de la molécule en DCI*	Dose	Nombre de cycles
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>

*DCI Dénomination commune internationale

Tolérance 0 =Pas d'effet secondaire

1= Grade 1 2= Grade 2 3= Grade 3 4= Grade 4

Précisez les effets secondaires : _____

Schéma traitement 0 = schéma prévu 1= diminution des doses 2=Arrêt traitement prématurément
8= donnée manquante

2ème ligne de chimiothérapie 1= Oui, 2= Non

Si oui

Date début (JJ, MM, AAAA) / /

Date fin (JJ, MM, AAAA) / /

Protocole

- GC Gemcitabine, cisplatine 1= Oui, 2= Non
Si oui, nombre de cycles
- M-VAC (méthotrexate, vinblastine, adriamycine, et cisplatine) Haute dose 1= Oui, 2= Non
Si oui, nombre de cycles
- M-VAC (méthotrexate, vinblastine, adriamycine, et cisplatine) 1= Oui, 2= Non
Si oui, nombre de cycles

- Autre protocole 1= Oui, 2= Non

Si autre protocole de chimiothérapie, préciser les molécules, les doses et le nombre de cycles :

Nom de la molécule en DCI*	Dose	Nombre de cycles
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> / unité <input type="text"/>	<input type="text"/>

*DCI = Dénomination commune internationale

Tolérance 0= Pas d'effet secondaire 1= Grade 1 2= Grade 2 3= Grade 3 4= Grade 4

Schéma traitement 0 = schéma prévu 1= diminution des doses 2= Arrêt du traitement prématurément
8= donnée manquante

RADIOTHERAPIE EXTERNE PELVIENNE 1= Oui, 2= Non

Indication

1=pas de cystectomie car refus du patient 2 = pas de cystectomie car inopérable 3 = palliatif 8 = donnée manquante

Date de début de la radiothérapie (JJ, MM, AAAA) / /

Nombre de séances d'irradiation

Dose reçue Grays

Champs d'irradiation Vessie =

Autre = _____

Tolérance 0=pas d'effet secondaire 1= Grade1 2= Grade 2 3= Grade 3 4= Grade 4

Préciser les effets secondaires : _____

AUTRES TRAITEMENTS 1= Oui, 2= Non

Si oui, préciser = _____

REHOSPITALISATION EN RAPPORT AVEC LE CANCER DE LA VESSIE AU COURS DU TRAITEMENT INITIAL

Le patient a-t-il été réhospitalisé au cours du traitement initial ? 1= Oui, 2= Non

Si oui, remplir le tableau

1^{er} séjour Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Hospitalisation dans le centre d'inclusion = <input type="checkbox"/> 1= Oui, 2= Non Si non, Nom du centre de soins _____ Ville= _____ Code postal <input type="text"/>		
Motif principal du séjour hospitalier <input type="checkbox"/> - <u>Complications locales:</u> 1= rétention 2=hémorragie 3= perforation vésicale - <u>Complication systémique :</u> 4= infection - <u>Complications liées aux instillations</u> 5= Classe I 6= Classe II 7= Classe III 8= Classe IV } Voir Annexe 9 - Autre= 9 Préciser : _____	Groupe homogène de malades (GHM*) <input type="text"/>	Service Réanimation <input type="checkbox"/> Urologie..... <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> Chirurgie..... <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Si autre, préciser _____

* Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement

2^{eme} séjour

Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_|_|_|

Hospitalisation dans le centre d'inclusion = |_|_| 1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins _____

Ville= _____ Code postal |_|_|_|_|_|_|

Motif principal du séjour hospitalier	Groupe homogène de malades (GHM*)	Service
<p> _ _ </p> <p>- <u>Complications locales:</u> 1= rétention 2=hémorragie 3= perforation vésicale</p> <p>- <u>Complication systémique :</u> 4= infection</p> <p>- <u>Complications liées aux instillations</u></p> <p>5= Classe I } 6= Classe II } Voir 7= Classe III } Annexe 9 8= Classe IV }</p> <p>- Autre= 9</p> <p>Préciser : _____</p>	<p> _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Réanimation _ _ </p> <p>Urologie..... _ _ </p> <p>Hôpital de jour _ _ </p> <p>Chirurgie..... _ _ </p> <p>Autre _ _ </p> <p>Si autre, préciser _____</p>

3^{eme} séjour

Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = |_|_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = |_|_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|_|_|_|_|

Hospitalisation dans le centre d'inclusion = |_|_| 1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins _____

Ville= _____ Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_|

Motif principal du séjour hospitalier	Groupe homogène de malades (GHM*)	Service
<p> _ _ </p> <p>- <u>Complications locales:</u> 1= rétention 2=hémorragie 3= perforation vésicale</p> <p>- <u>Complication systémique :</u> 4= infection</p> <p>- <u>Complications liées aux instillations</u></p> <p>5= Classe I } 6= Classe II } Voir 7= Classe III } Annexe 9 8= Classe IV }</p> <p>- Autre= 9</p> <p>Préciser : _____</p>	<p> _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Réanimation _ _ </p> <p>Urologie..... _ _ </p> <p>Hôpital de jour _ _ </p> <p>Chirurgie..... _ _ </p> <p>Autre _ _ </p> <p>Si autre, préciser _____</p>

* Cette information est disponible auprès du service d'information médicale de l'établissement

4^{eme} séjour

Date de début de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Date de fin de l'hospitalisation (JJ/MM/AAAA) = |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Hospitalisation dans le centre d'inclusion = |_| 1= Oui, 2= Non

Si non, Nom du centre de soins _____

Ville= _____ Code postal |_|_|_|_|_|

Motif principal du séjour hospitalier	Groupe homogène de malades (GHM *)	Service
<p style="text-align: center;"> _ </p> <p>- <u>Complications locales:</u> 1= rétention 2=hémorragie 3= perforation vésicale</p> <p>- <u>Complication systémique :</u> 4= infection</p> <p>- <u>Complications liées aux instillations</u></p> <p>5= Classe I } 6= Classe II } Voir 7= Classe III } Annexe 9 8= Classe IV }</p> <p>- Autre= 9</p> <p>Préciser : _____</p>	<p style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p>Réanimation _ </p> <p>Urologie..... _ </p> <p>Hôpital de jour _ </p> <p>Chirurgie..... _ </p> <p>Autre _ </p> <p>Si autre, préciser _____</p>