



# Centre intégré de médecine personnalisée en cancérologie

Questionnaire relatif aux antécédents tumoraux personnels et familiaux



# Avant Propos

Ce questionnaire a pour but de préparer au mieux la consultation servant à évaluer chez vous une prédisposition héréditaire constitutionnelle au cancer dans le cadre de votre prise en charge dans le centre intégré de médecine personnalisée du CGFL.

Pour cela, nous vous remercions de remplir précisément les antécédents médicaux et tumoraux présents au sein de votre famille, tant du côté paternel que maternel.

Il vous est ainsi demandé de renseigner précisément les informations concernant votre famille proche (parents, enfants, frères et sœur) même en absence de survenue de cancer.

Pour le reste de votre famille merci de ne renseigner les données que pour ceux qui auraient développé un cancer.

Vous pourrez rassembler ces données en fonction de vos propres souvenirs, et des documents en votre possession (que nous remercions d'apporter le cas échéant lors de cette consultation) ou de l'aide de vos apparentés.

En vous remerciant par avance pour votre coopération,

*L'équipe d'oncogénétique*

# Vous, votre époux(se), vos enfants

Nom et Prénom

Sexe  
(F/M)

Date de  
naissance

Date du décès  
(si applicable)

Si cancer, type(s)  
de cancer(s)

Âge de  
survenue

Lieu de traitement  
(ville, hôpitaux,  
date opération, médecin)

Autre(s) maladie(s)  
et âge(s) de survenue  
(polypes digestifs, fibrome utérins,  
problèmes cutanés, endocriniens...)

## Vous

--	--	--	--	--	--	--	--

## Votre époux(se)

--	--	--	--	--	--	--	--

## Vos enfants (à classer par année de naissance)


# Vos parents et frères et soeurs

Nom et Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Date du décès (si applicable)	Si cancer, type(s) de cancer(s)	Âge de survenue	Lieu de traitement (ville, hôpitaux, date opération, médecin)	Autre(s) maladie(s) et âge(s) de survenue (polypes digestifs, fibrome utérins, problèmes cutanés, endocriniens...)
<b>Père</b>							
<b>Mère</b>							
<b>Frères et sœurs</b> (à classer par année de naissance)							

# Vos neveux et nièces (si cancer ou problème médical)

	Nom et Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Date du décès (si applicable)	Si cancer, type(s) de cancer(s)	Âge de survenue	Lieu de traitement (ville, hôpitaux, date opération, médecin)	Autre(s) maladie(s) et âge(s) de survenue (polypes digestifs, fibrome utérins, problèmes cutanés, endocriniens...)
<b>Neveu ou nièce</b>								
<b>Neveu ou nièce</b>								
<b>Neveu ou nièce</b>								
<b>Neveu ou nièce</b>								
<b>Neveu ou nièce</b>								

# Vos grands-parents (si cancer ou problème médical)

	Nom et Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Date du décès (si applicable)	Si cancer, type(s) de cancer(s)	Âge de survenue	Lieu de traitement (ville, hôpitaux, date opération, médecin)	Autre(s) maladie(s) et âge(s) de survenue (polypes digestifs, fibrome utérins, problèmes cutanés, endocriniens...)
<b>Grand-mère paternelle</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Grand-père paternel</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Grand-mère maternelle</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Grand-père maternel</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Vos oncles, tantes et cousins germains **maternels**

(si cancer ou problème médical)

	Nom et Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Date du décès (si applicable)	Si cancer, type(s) de cancer(s)	Âge de survenue	Lieu de traitement (ville, hôpitaux, date opération, médecin)	Autre(s) maladie(s) et âge(s) de survenue (polypes digestifs, fibrome utérins, problèmes cutanés, endocriniens...)
<b>Oncle</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tante</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Cousin ou cousine</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Cousin ou cousine</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Cousin ou cousine</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

# Vos oncles, tantes et cousins germains **paternels**

(si cancer ou problème médical)

	Nom et Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance	Date du décès (si applicable)	Si cancer, type(s) de cancer(s)	Âge de survenue	Lieu de traitement (ville, hôpitaux, date opération, médecin)	Autre(s) maladie(s) et âge(s) de survenue (polypes digestifs, fibrome utérins, problèmes cutanés, endocriniens...)
<b>Oncle</b>								
<b>Tante</b>								
<b>Cousin ou cousine</b>								
<b>Cousin ou cousine</b>								
<b>Cousin ou cousine</b>								