

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A remplir uniquement lors de votre 1^{ère} visite.

Le principe de la médecine préventive est d'essayer de *détecter* les problèmes de santé.

Le suivi, les examens complémentaires éventuels, le diagnostic final, et le traitement seront réalisés par votre médecin traitant. C'est pourquoi il est indispensable de lui faire parvenir une copie du dossier que vous recevrez à l'issue de l'examen.

Merci de noter qu'aucune prescription de médicaments ou de traitement ne peut être demandée en médecine préventive.

Nom :
Nom d'épouse :
Prénoms :
Sexe :
Adresse :
Téléphone privé :
Téléphone bureau :
Adresse email :
Date de naissance :
Nationalité :
Employeur :
Profession :
Médecin traitant (nom et adresse) :

ANTECEDENTS FAMILIAUX

En complétant le tableau ci-dessous, pensez aux éléments suivants :

Cardiovasculaire :

- Infarctus du myocarde / crise cardiaque / mort subite
- Stents ou pontage
- Angine de poitrine
- Artérite (affection des artères)
- Accident vasculaire cérébral (AVC, « attaque » ou thrombose)
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie familiale

Diabète :

- Diabète de type 1 (survenant à un âge jeune, injections d'insuline)
- Diabète de type 2 (tardif, traitement oral ou insuline)

Cancer :

- Seins – utérus/ovaires - prostate – intestins/côlon – poumons – estomac – mélanome/peau - autre

Glaucome

Degré de parenté	Maladie	Âge au début de la maladie
Père		
Mère		
Frère 1		
Frère 2		
Sœur 1		
Sœur 2		
<i>Famille maternelle :</i> Grand-père Grand-mère Oncle(s)/Tante(s)		
<i>Famille paternelle :</i> Grand-père Grand-mère Oncle(s)/Tante(s)		

ANTECEDENTS PERSONNELS MEDICAUX

Avez-vous souffert de/ou été hospitalisé(e) pour une affection :	Si oui, cochez	Année ?	Détails
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>		
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>		
Diabète	<input type="checkbox"/>		
Cardiaque (infarctus, stent, pontage, problème de rythme, problème de valve...)	<input type="checkbox"/>		
Vasculaire (AVC, AIT, artérite, varices, ...)	<input type="checkbox"/>		
Pulmonaire (asthme, bronchite chronique, apnées, polysomnographie)	<input type="checkbox"/>		
Endocrinienne (diabète, thyroïde)	<input type="checkbox"/>		
Gastro-intestinale/digestive (estomac, vésicule, pancréas, péritonite, intestins, diverticules,...)	<input type="checkbox"/>		
Hépatique (foie, vésicule biliaire,...)	<input type="checkbox"/>		
Rénale	<input type="checkbox"/>		
Urinaire (prostate, vessie, calcul)	<input type="checkbox"/>		
Ostéoarticulaire et rhumatologique (fracture, lésion ligamentaire, musculaire, articulaire)	<input type="checkbox"/>		
Neurologique (migraine, épilepsie)	<input type="checkbox"/>		
Des yeux (glaucome, cataracte, macula,)	<input type="checkbox"/>		
ORL (nez, gorge, oreille)	<input type="checkbox"/>		
Hématologique/maladie du sang (anémie, problèmes de fer, leucémie, lymphome, thalassémie, pic monoclonal ...)	<input type="checkbox"/>		
Coagulation (embolie, thrombose, phlébite, hémophilie,...)	<input type="checkbox"/>		
Infectieuse ou maladie tropicale	<input type="checkbox"/>		
Psychologique (surmenage/épuisement, dépression, anxiété,...)	<input type="checkbox"/>		
Dermatologique/maladie de la peau	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous été traité(e) pour un cancer par chimiothérapie – rayons – hormones ?	<input type="checkbox"/>		
Avez-vous des séquelles d'un accident ?	<input type="checkbox"/>		

Autres :	<input type="checkbox"/>		
----------	--------------------------	--	--

ANTECEDENTS PERSONNELS CHIRURGICAUX

<i>Avez-vous été opéré(e) pour une affection :</i>	<i>Si oui, cochez</i>	<i>Année ?</i>	<i>Détails</i>
Pulmonaire	<input type="checkbox"/>		
ORL (nez, gorge, oreille)	<input type="checkbox"/>		
Cardio-vasculaire (cœur, artères, veines ...)	<input type="checkbox"/>		
Neurologique	<input type="checkbox"/>		
Gastro-intestinale (appendice, foie, vésicule, polypes....)	<input type="checkbox"/>		
Rénale ou urinaire (prostate, vessie ...)	<input type="checkbox"/>		
Endocrinienne (thyroïde)	<input type="checkbox"/>		
Orthopédique ou traumatique	<input type="checkbox"/>		
Ophthalmologique (chirurgie réfractive, cataracte, glaucome....)	<input type="checkbox"/>		
Stomatologique (dents de sagesse, mâchoire, ...)	<input type="checkbox"/>		
Malformations congénitales	<input type="checkbox"/>		
Autres :	<input type="checkbox"/>		

ANTECEDENTS GYNECOLOGIQUES

<i>Questions</i>	<i>Réponses</i>
Age des premières règles ?	
Combien de grossesses avez-vous eues (fausse couche et interruption de grossesse éventuelles incluses) ?	
Maladie pendant la grossesse (hypertension, éclampsie, diabète ...)	
Année(s) des accouchements ?	
Allaitement de plus de 3 mois ?	
Utilisez-vous un moyen de contraception : pilule – anneau vaginal – implant - stérilet sans hormones – stérilet avec hormones – ligature de trompes – préservatif – autre ?	
Les règles sont-elles douloureuses - abondantes – irrégulières ?	
Quelle est la date de vos dernières règles ?	
A quel âge avez-vous été ménopausée ?	
Prenez-vous ou avez-vous pris un traitement hormonal de substitution et pendant combien de temps ?	
Avez-vous souffert et/ou été hospitalisée et/ou été opérée d'une affection gynécologique ou des seins ?	

EXAMENS DE DEPISTAGE

Quel examen de dépistage avez-vous déjà réalisé pour :	Si oui, cochez	Année ?	Résultats
Le cancer du côlon (45 ans +) <ul style="list-style-type: none"> • Une colonoscopie • Une recherche de sang dans les selles par colotest (iFobt – hemocult) ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Le cancer de la peau : <ul style="list-style-type: none"> • Un screening de la peau chez un dermatologue ? 	<input type="checkbox"/>		
La prévention cardio-vasculaire : (45 ans +) <ul style="list-style-type: none"> • Un bilan cardiaque ? • Avec épreuve d'effort ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Le cancer du poumon (fumeurs et ex-fumeurs 50 ans +) <ul style="list-style-type: none"> • Un examen fonctionnel respiratoire chez le pneumologue ? • Un scanner des poumons ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Le glaucome (40 ans+) : <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de la pression oculaire chez un ophtalmologue ? 	<input type="checkbox"/>		
Un examen chez le dentiste ?	<input type="checkbox"/>		
<u>Pour les femmes :</u>			
Le cancer du col de l'utérus : <ul style="list-style-type: none"> • Un frottis gynécologique • Un test HPV 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Le cancer du sein : (40 ans +) <ul style="list-style-type: none"> • Une mammographie • Une palpation des seins 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
L'ostéoporose : (post-ménopause) <ul style="list-style-type: none"> • Une densitométrie osseuse 	<input type="checkbox"/>		
<u>Pour les hommes :</u>			
Le cancer de la prostate : (50 ans+) <ul style="list-style-type: none"> • Un taux de PSA • Un examen urologique ? avec échographie ou IRM ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

ALLERGIES - INTOLERANCES

Etes-vous sujet aux allergies/intolérances suivantes ?	Si oui, cochez
Intolérance :	<input type="checkbox"/>
• Lactose	<input type="checkbox"/>
• Gluten	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous réalisé un examen pour confirmer cette intolérance ?	<input type="checkbox"/>
Allergie :	<input type="checkbox"/>
• Médicamenteuse	<input type="checkbox"/>
• Alimentaire	<input type="checkbox"/>
• Respiratoire / rhume allergique « rhume des foins »	<input type="checkbox"/>
• Cutanée (piqûres d'insecte, eczéma, urticaire)	<input type="checkbox"/>
• Œdème de Quincke / choc anaphylactique	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà subi des tests allergiques cutanés ou sanguins ?	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS ET MEDICATION

Quels médicaments prenez-vous régulièrement ?

Nom	Dose (mg)	Nb de prise par jour	Depuis quand ?

Quels médicaments prenez-vous occasionnellement ? compléments alimentaires ? vitamines ?

Nom	Dose (mg)	Nb de prise par jour	Depuis quand ?

En particulier, pensez à :

- Somnifères - tranquillisants - antidépresseurs ?
- Antihypertenseurs – anticoagulants - médication pour le cœur – pour le cholestérol – pour le diabète ?
- Contraception ? traitement pour la ménopause ?
- Gouttes pour les yeux ?
- Crèmes ?

<i>Autres types de traitements ?</i>	<i>Si oui, cochez</i>
CPAP ou traitement des apnées du sommeil	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>
Bas de contention – semelles orthopédiques	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie – ostéopathie	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie	<input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/>

VACCINS

Si possible apportez votre carte de vaccination.

<i>Type</i>	<i>Date de la dernière dose</i>	<i>Nombre total de doses</i>
Tétanos Diphtérie Coqueluche (1x/10 ans)		
Poliomyélite		
Grippe (65 ans+)		
Pneumocoques (65 ans+)		
Covid (65 ans+)		
Zona (65 ans+)		
Hépatite A		
Hépatite B		
Fièvre jaune		
Rougeole Rubéole Oreillons		
HPV		
Autres : (Méningite ACWY – Fièvre Typhoïde – Rage – FSME Encéphalite à tiques...)		

HABITUDES DE VIE

Questions	Si oui, cochez	Détails / Réponses
Tabac :		
<ul style="list-style-type: none"> • Vous n'avez jamais fumé 	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Vous avez arrêté de fumer en ... <ul style="list-style-type: none"> ○ Vous avez fumé durant ... années ○ Combien par jour ? 	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Vous fumez : <ul style="list-style-type: none"> ○ Cigarettes – cigares/cigarillos – pipe – tabac à rouler - cannabis – e-cigarettes/vapotage – autre... ○ Combien par jour ? ○ Depuis combien d'années ? ○ Avez-vous déjà arrêté de fumer ? ○ Avez-vous l'intention d'arrêter de fumer ? ○ Quand fumez-vous votre première cigarette après le lever ? <ul style="list-style-type: none"> • 5 min – 30 min – 60 min - >60 min 	<input type="checkbox"/>	
Consommez-vous des drogues ou des stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	
Activités physiques et sportives :		
<ul style="list-style-type: none"> • Combien de fois par semaine pratiquez-vous au moins : <ul style="list-style-type: none"> ○ 30 min d'activités physique modérée (marche, vélo, danse, yoga, jardinage, ...) ? ○ 25 min d'activités physique intense (fitness, course à pied, tennis, football, hockey, vélo intense, ...) ? • Lesquelles ? 		
Alimentation :		
<ul style="list-style-type: none"> • Suivez-vous un régime alimentaire particulier ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Sans lactose / gluten ○ Pauvre en sel / sucre / cholestérol ○ Végétarien / végan 	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous une source quotidienne de calcium ? <ul style="list-style-type: none"> ○ Produits laitiers ○ Légumineuses ○ Légumes verts ○ Amandes et noix ○ Eau riche en calcium (Hépar, Contrex, San Pellegrino, ...) 	<input type="checkbox"/>	
<ul style="list-style-type: none"> • Combien de fois par jour consommez-vous une portion de 100gr de fruits et/ou légumes ? (100gr = environ une pomme ou une carotte) 		

HABITUDES DE VIE - SUITE

Questions	Si oui, cochez	Détails / Réponses
Alimentation – Suite :		
<ul style="list-style-type: none"> Combien de fois par semaine consommez-vous <ul style="list-style-type: none"> Viande rouge ou équivalent (viande hachée, porc, charcuterie,...) Viande blanche - volaille Poisson – crustacés – fruits de mer Œufs Protéines végétales (légumineuses, tofu, quinoa, ...) Céréales complètes – graines 		
<ul style="list-style-type: none"> Quels sont vos apports hydriques par jour en litres ? <ul style="list-style-type: none"> Eau Sodas et jus Café – thé – Coca - boissons énergisantes Autres (soupes, lait, ...) 		
<ul style="list-style-type: none"> Boissons alcoolisées (1 unité = 25cl bière, 10cl vin, 2,5cl alcool fort à 40°) <ul style="list-style-type: none"> Consommez-vous plus de 10 unités par semaine ? Observez-vous minimum 2 jours d'abstinence par semaine ? Combien de fois buvez-vous plus de 2 unités par jour ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

1 verre d'alcool
 =
 10 g d'alcool pur
 =



ballon de vin 12° (10 cl)	verre de pastis 45° (2,5 cl)	verre de whisky 40° (2,5 cl)	coupe de champagne 12° (10 cl)	verre d'apéritif 18° (7 cl)	1/2 de bière 5° (25 cl)
---------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------	-------------------------

<https://www.votredieteticienne.fr/index.php/tous-articles-alimentation/190-les-alcools>

PROBLEMES DE SANTE ACTUELS

SOMMEIL

Questions	Si oui, cochez	Commentaires		
Souffrez-vous de troubles du sommeil ? <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à vous endormir • Difficultés à continuer à dormir (réveils nocturnes fréquents, éveil trop tôt) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Echelle de Somnolence d'Epworth Quelle est la probabilité d'endormissement dans les 8 situations suivantes :				
Situation	0 – Aucune chance	1 – Faible chance	2 – Moyenne chance	3 – Forte chance
1. Lecture en position assise	○	○	○	○
2. En regardant la télévision	○	○	○	○
3. Position assise et inactive dans un endroit public (ex : au théâtre, en réunion...)	○	○	○	○
4. Comme passager d'un véhicule, pour une période d'au moins une heure	○	○	○	○
5. En position assise, après un repas sans alcool	○	○	○	○
6. Lors d'une conversation, en position assise face-à-face	○	○	○	○
7. Pour une sieste d'après-midi, lorsque les circonstances le permettent	○	○	○	○
8. Au volant de votre voiture, durant les quelques minutes d'attente au feu de circulation	○	○	○	○
Score				

SYSTEME CARDIOCIRCULATOIRE ET PULMONAIRE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Ressentez-vous une oppression ou une douleur dans la poitrine au repos/ à l'effort/ en cas de stress ?	<input type="checkbox"/>	
Etes-vous à court de souffle au repos ou à l'effort ?	<input type="checkbox"/>	
Ressentez-vous des palpitations ?	<input type="checkbox"/>	
Est-ce que vous tousez ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des glaires ? Si oui, de quelle couleur ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous la voix enrouée – rauque ?	<input type="checkbox"/>	
Ressentez-vous une douleur dans les jambes à la marche ? Après avoir effectué quelle distance ?	<input type="checkbox"/>	

SYSTEME DIGESTIF

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Récente modification de la fréquence des selles ?	<input type="checkbox"/>	
Diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	
Constipation ?	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous de reflux (« brûlant ») dans la poitrine ? Si oui, à quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	
Perte de sang pendant ou après les selles ?	<input type="checkbox"/>	
Récent changement de poids ? combien de kg en combien de temps ?	<input type="checkbox"/>	

SYSTEME URO-GENITAL

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous constaté du sang dans les urines ? • Avez-vous des pertes d'urine à l'effort – en toussant – en riant ? • Combien de fois par nuit devez-vous vous lever pour uriner ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Pour les hommes :

IPSS : International Prostate Score Symptom

Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous :	Jamais	1 fois sur 5	1 fois sur 3	1 fois sur 2	2 fois sur 3	Presque toujours
Eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?	0	1	2	3	4	5
Eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	0	1	2	3	4	5
Eu une interruption de du jet d'urine ?	0	1	2	3	4	5
Eu des difficultés à vous retenir d'uriner après avoir ressenti le besoin d'uriner ?	0	1	2	3	4	5
Eu une diminution de la force du jet d'urine ?	0	1	2	3	4	5
Dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	0	1	2	3	4	5
	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois
Dû vous lever la nuit pour uriner ?	0	1	2	3	4	5
TOTAL IPSS :						

- 0 – 7 = léger
- 8 – 19 = modéré
- 20 – 35 = sévère

Evaluation de la qualité de vie liée aux symptômes urinaires

Entourez la réponse qui vous convient	Très satisfait	Satisfait	Plutôt satisfait	Partagé	Plutôt ennuyé	Ennuyé	Très ennuyé
Si vous deviez vivre le restant de votre vie avec cette manière d'uriner, diriez-vous que vous seriez :	0	1	2	3	4	5	6

SYSTEME NEUROLOGIQUE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Avez-vous des pertes de connaissance inexplicables ?	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous de maux de tête ? <ul style="list-style-type: none"> • Fréquence par jour – semaine - mois • Apparition récente ou phénomène connu ? 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

APPAREIL LOCOMOTEUR

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Souffrez-vous de douleurs au dos ? Haut – milieu – bas du dos	<input type="checkbox"/>	
Souffrez-vous d'autres douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous des articulations gonflées ? Lesquelles ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous passé des examens pour ces douleurs (radio, scan, IRM, écho...) ?	<input type="checkbox"/>	

O.R.L

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Avez-vous des acouphènes ? <ul style="list-style-type: none"> • Depuis combien de temps ? • Avez-vous déjà eu un bilan pour les acouphènes ? 	<input type="checkbox"/>	
Remarquez-vous des troubles de l'audition ?	<input type="checkbox"/>	

DERMATOLOGIE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Etes-vous suivi régulièrement par un dermatologue ? A quelle fréquence ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous un problème de peau ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une tache de naissance ou un grain de beauté qui sont apparus ou qui se sont récemment modifiés ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous facilement des éruptions, des démangeaisons ?	<input type="checkbox"/>	

OPHTALMOLOGIE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Souffrez-vous de <ul style="list-style-type: none"> • Myopie (problème pour voir de loin) • Hypermétropie (problème pour voir de près) • Presbytie (problème pour voir de près après 40 ans) 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avez-vous une maladie des yeux ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous une hypertension intra-oculaire ou un glaucome connu et/ou traité ?	<input type="checkbox"/>	

SYSTEME HEMATO IMMUNITAIRE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Avez-vous déjà présenté une carence en fer ou de l'anémie ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous un problème de coagulation du sang ?	<input type="checkbox"/>	

STRESS PROFESSIONNEL ET/OU PRIVE

Questions	Si oui, cochez	Commentaires
Origine du stress : <ul style="list-style-type: none"> • Professionnel lié à la surcharge de travail • Professionnel lié aux relations avec les collègues • Privé 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avez-vous le sentiment que votre niveau de stress actuel est maîtrisé ?	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous le sentiment que votre stress impacte <ul style="list-style-type: none"> • Votre sommeil • Votre concentration/mémoire • Humeur/anxiété/irritabilité • Votre énergie pour vos activités après le travail 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avez-vous un suivi psychologique ?	<input type="checkbox"/>	

Merci de répondre au questionnaire suivant :

Echelle de stress perçu (PSS 10)

Ce test est l'instrument le plus utilisé et le plus simple pour évaluer la perception de chaque individu face au stress. Le résultat n'a, en aucun cas, valeur de diagnostic médical. Il permet de récolter certains renseignements quant à l'opportunité de modifier des aspects de votre mode de vie privée ou professionnelle et, le cas échéant, chercher une aide médicale ou psychothérapeutique.

Ce test ne peut pas vous prendre beaucoup de temps. Répondez rapidement et le plus spontanément possible. Les questions traitent de votre ressenti au cours du dernier mois.

Cochez la case qui correspond le mieux à votre ressenti, au cours du <u>dernier mois</u>	Jamais	Rarement	Parfois	Assez Souvent	Très Souvent
1. Avez-vous été dérangé(e) par un événement inattendu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vous a-t-il semblé difficile de contrôler les choses importantes de votre vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vous êtes-vous senti(e) nerveux(se) et stressé(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous êtes-vous senti(e) confiant(e) dans vos capacités à prendre en main vos problèmes personnels ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Avez-vous pensé que vous ne pouviez pas assumer toutes les choses que vous deviez faire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Avez-vous été capable de maîtriser votre énervement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Avez-vous senti que vous dominiez la situation ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vous êtes-vous senti(e) irrité(e) parce que les événements échappaient à votre contrôle ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Avez-vous trouvé que les difficultés s'accumulaient à un tel point que vous ne pouviez les surmonter ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>