



Canadian Longitudinal Study on Aging
Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement

Questionnaire du Site de collecte de données (1^{er} suivi)

v1.5, 07 juin 2018

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

Q1.	ICQ_DOMHAND_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Quelle est votre main dominante?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
RIGHT	01	Droite
LEFT	02	Gauche
AMBIDEXTROUS	03	Ambidextre

SPA_1	SPA_SOAC_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Lesquels de ces énoncés s'appliquent à vous?		
REMARQUE : CHOIX DE RÉPONSE N° 1 – « JE LIS UN JOURNAL / QUOTIDIEN » – CELA INCLUT LES SITUATIONS OÙ LE PARTICIPANT NE LIT QUE L'ÉDITION DU SAMEDI D'UN QUOTIDIEN.		
LIRE CHAQUE ÉNONCÉ, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SPA_SOAC_RNP_COF1	01	Je lis un journal / quotidien
SPA_SOAC_HY_COF1	02	J'ai un hobby ou un passe-temps
SPA_SOAC_HIC_COF1	03	J'ai pris des vacances au Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_HOC_COF1	04	J'ai pris des vacances à l'extérieur du Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_DT_COF1	05	J'ai fait une excursion d'une journée ou une sortie dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_INT_COF1	06	J'utilise Internet ou un courriel
SPA_SOAC_VOT_COF1	07	J'ai voté lors des dernières élections fédérales, provinciales ou municipales
SPA_SOAC_NONE_COF1	96	Aucun de ces énoncés ne s'applique à moi
SPA_SOAC_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
SPA_SOAC_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus

Table des matières

	Page
ACCUEIL AU DCS	5
Questionnaire sur les contre-indications et interprétation – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	5
SALLE DE MESURES 1	23
Circonférence taille et hanches – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	23
Mesure du poids et de la taille debout – (visite régulière/à domicile/abrégée)	23
Mesure de la fréquence cardiaque et de la pression sanguine – (visite régulière/à domicile/abrégée)	23
Électrocardiogramme (ECG) – (visite régulière/abrégée)	23
Épaisseur de l'intima-média carotidienne – (visite régulière)	23
Spirométrie – (visite régulière/à domicile/abrégée)	23
SALLE DU DEXA – (visite régulière/abrégée)	23
Questionnaire sur la densité minérale osseuse.....	23
(DEXA) – Mesure des deux hanches	23
(DEXA) – Mesure de la colonne latérale IVA	23
(DEXA) – Mesure du corps entier.....	23
(DEXA) – Colonne lombaire	23
(DEXA) – Mesure de l'avant-bras.....	23
SALLE D'ENTREVUE 1	24
Batterie neuropsychologique	24
Prospective Memory Test (PMT) – (visite régulière/à domicile)	24
Audition – Audiomètre (avec test de contrôle de la qualité de l'audimètre) – (visite régulière/abrégée).....	29
Test de dépistage des conditions neuropsychologiques Stroop (STP) – version de Victoria – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	30
Test oral contrôlé d'association de mots (FAS) – (visite régulière/à domicile/abrégée)	39
Test de temps de réaction (CRT) – (visite régulière/abrégée)	43
Réseaux sociaux (SN) – (visite régulière/à domicile/par téléphone /abrégée)	44
Soutien social – Disponibilité (SSA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	50
Participation sociale (SPA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone /abrégée).....	57
Cohésion sociale – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	62
Capacités fonctionnelles (FUL) – (visite à domicile/par téléphone)	63
SALLE DE MESURES 2	71
Test minuté de marche sur 4 mètres – (visite régulière/abrégée).....	71
Test « Up and Go » minuté – (visite régulière/abrégée)	71
Mesurer l'équilibre debout – (visite régulière/abrégée)	71
Test « se lever d'une chaise » – (visite régulière/abrégée).....	71
Vision – Acuité visuelle – (visite régulière/abrégée)	71
Vision –Tonométrie – (visite régulière/abrégée).....	71
Vision - Caméra rétinienne – (visite régulière/abrégée).....	71
Risque nutritionnel (NUR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone /abrégée)	72
Douleurs et malaises (HUP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	78
Vision (VIS) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	79
Audition (HRG) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	81
Questionnaire de dépistage d'un problème auditif chez les personnes âgées – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	83
Vision – camera rétinienne – (visite régulière/abrégée)	84
Force de préhension de la main – (visite régulière/à domicile/abrégée).....	84
Salle d'entrevue 2	85
Batterie neuropsychologique	85
Tâche de mémoire prospective en fonction du temps (TMT) – (visite régulière/à domicile)	85

Problèmes de santé chroniques (CCC).....	91
Cardiaque/cardiovasculaire – (visite régulière/à domicile/par téléphone /abrégée)	91
Neurologique – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	93
Gastro-intestinal – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	98
Vision – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	102
Cancer – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	103
Santé mentale – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	105
Infections – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	112
Diabète (DIA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	113
Accident vasculaire cérébral (STR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	118
Questionnaire QVSFS modifié – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	124
Traumatisme crânien (TBI) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	128
Hypo- et hyperthyroïdie (HYP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	131
Hypertension (HBP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	137
Cardiopathie ischémique (IHD) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	142
Questionnaire de l’OMS (ROS) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	148
Arthrose de la main (OSA) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	152
Arthrose de la hanche (OSH) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	155
Arthrose du genou (OSK) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	158
Musculosquelettique : Autre (OAR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	160
Ostéoporose (OST) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	163
Neuropsychiatrique (DPR) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	170
Dépression (DEP) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	173
Parkinsonisme (PKD) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	177
Obstruction chronique des voies respiratoires (CAO) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	183
Épilepsie (EPI) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	190
Santé bucco-dentaire (ORH) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée).....	193
Sommeil (SLE) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)	199
Maltraitance envers les aînés (PSY) – (visite régulière/par téléphone/abrégée)	206
CRITÈRES D'EXCLUSION.....	233

ACCUEIL AU DCS

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

Q1.	ICQ_DOMHAND_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Quelle est votre main dominante?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
RIGHT	01	Droite
LEFT	02	Gauche
AMBIDEXTROUS	03	Ambidextre

Q2.	ICQ_HND_COF1						
[ALWAYS ASK]							
Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'une de vos mains, ou aux deux?							
COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
		NON	GAUCHE	DROITE	LES DEUX	NSP	RF
ICQ_HNDSWL_COF1	Enflure importante, plaies ouvertes, plaies, infection ou brûlures						
ICQ_HNDCST_COF1	Plâtre						
ICQ_HNDHMT_COF1	Hématome (bleu)						
REMARQUE : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION POURRAIENT INFLUENCER LA MESURE DE LA FORCE DE PRÉHENSION.							
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LE DEXA (CORPS ENTIER).							

Q3.	ICQ_ARM_COF1						
[ALWAYS ASK]							
Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'un de vos bras, ou aux deux?							
REMARQUE : Bras = du coude à l'épaule. Cela inclut l'endroit où on fait les prises de sang. COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
		NON	GAUCHE	DROIT	LES DEUX	NSP	RF
ICQ_ARMSWL_COF1	Enflure importante, plaies ouvertes, plaies, infection ou brûlures						
ICQ_ARMCST_COF1	Plâtre						
REMARQUE : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION PEUVENT INFLUENCER LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE ET DE LA FORCE DE PRÉHENSION, LE DEXA (AVANT-BRAS) ET LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.							
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LE DEXA (CORPS ENTIER)							

Q4.	ICQ_LEG_COF1						
[ALWAYS ASK]							
Avez-vous l'un ou l'autre des problèmes suivants à l'une de vos jambes, ou aux deux?							
COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
		NON	GAUCHE	DROIT	LES DEUX	NSP	RF
ICQ_LEGSWL_COF1	Enflure importante, plaies ouvertes, plaies, infection ou brûlures						
ICQ_LEGST_COF1	Plâtre						
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LE DEXA (CORPS ENTIER), LE TEST « UP AND GO », LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M ET LE TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT.							

Q5a.	ICQ_SRG3MO_COF1						
[ALWAYS ASK]							
Avez-vous subi une chirurgie (opération) <u>au cours des 3 derniers mois</u> ?							
INTERVIEWEUR : informez le participant que ceci comprend les chirurgies aux yeux et au nez.							
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE							
YES	01	Oui					
NO	02	Non					
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse					
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus					

Q5b.	ICQ_SRGY_COF1						
[ASK IF ICQ_SRG3MO_COF1 = YES]							
Quel type de chirurgie avez-vous subie?							
REMARQUE : RAPPELÉZ AU PARTICIPANT QU'IL EST QUESTION DES CHIRURGIES SUBIES AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
		NON	GAUCHE	DROIT	LES DEUX	NSP	RF
ICQ_SRGYARM_COF1	Bras						
ICQ_SRGYCHT_COF1	Thorax ou sein (y compris mastectomie ou lymphectomie)						
ICQ_SRGYHND_COF1	Main ou poignet						
ICQ_SRGYART_COF1	Shunt artérioveineux / fistule						
ICQ_SRGYEYE_COF1	Oeil (c.-à-d. cataractes ou chirurgie au laser)						
REMARQUE : LES RÉPONSES À CES QUESTIONS POURRAIENT INFLUENCER LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG, LA SPIROMÉTRIE, LA TONOMÉTRIE ET LE DEXA (AVANT-BRAS).							
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LE DEXA (CORPS ENTIER).							

Q5c.	ICQ_SRGYTYPE1_COF1			
[ASK IF ICQ_SRG3MO_COF1 = YES]				
Quel type de chirurgie avez-vous subie?				
REMARQUE : RAPPELÉZ AU PARTICIPANT QU'IL EST QUESTION DES CHIRURGIES SUBIES AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT				
		OUI	NON	RF
ICQ_SRGYABD_COF1	Abdomen			
ICQ_SRGYHRT_COF1	Coeur			
ICQ_SRGYOT_COF1	Autre (Remarque : pourrait inclure une chirurgie dentaire majeure)			
Q5d.	ICQ_SRGY_OTSP_COF1			
[ASK IF ICQ_SRGYTYPE1_COF1 = ICQ_SRGYOT_COF1]				
Autre (veuillez préciser : _____)				
ICQ_SRGY_OTSP_COF1				

Q6.	ICQ_PAINHND_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la douleur ou une paralysie à vos mains ou poignets causée par une maladie telle que l'arthrite, une tendinite, le syndrome de tunnel carpien ou autre?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES_LEFT_SIDE	01	Oui, au côté gauche
YES_RIGHT_SIDE	02	Oui, au côté droit
YES_BOTH_SIDES	08	Oui, aux deux côtés
NO	09	Non

Q7a.	ICQ_RISEASSI_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans l'aide d'une autre personne?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LES QUESTIONS DU TEST « UP AND GO » ET DU TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE ».		

Q7b.	ICQ_RISECANE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Utilisez-vous une canne ou une marchette pour vous tenir debout ou vous lever d'une chaise sans aide?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LES QUESTIONS DU TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE » ET DU TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT.		

Q8.	ICQ_ABLESTND_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous vous tenir debout sans l'aide d'une autre personne?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA MESURE DU RAPPORT TAILLE-HANCHES, LA TAILLE DEBOUT, LE POIDS, TOUTES LES ÉTAPES DU DEXA, LE CIMT, L'ECG, LE TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE », LE TEST « UP AND GO », LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M ET LE TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT.		

Q9.	ICQ_ABLEWLK_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Pouvez-vous marcher sans l'aide d'une autre personne?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE » ET LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M.		

Q10a.	ICQ_PREGNT_COF1	
[ASK IF SEX = FEMALE AND ≤ 55 YEARS]		
Êtes-vous enceinte?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER TOUTES LES ÉTAPES DU DEXA.		
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA MESURE DU POIDS.		

Q10b.	ICQ_PREGNTWK_COF1	
[ASK IF ICQ_PREGNT_COM = YES]		
À combien de semaines de grossesse êtes-vous?		
Veuillez fournir la meilleure estimation possible si vous n'êtes pas certaine du nombre exact de semaines.		
ICQ_PREGNTWK_NB_COF1	_____	
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA MESURE DU RAPPORT TAILLE-HANCHES ET LA SPIROMÉTRIE.		
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA MESURE DU POIDS.		

Q11.	ICQ_ILLUNG_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Souffrez-vous présentement d'une maladie aiguë qui pourrait interférer avec un test sur les fonctions respiratoires comme un rhume, une bronchite, la grippe, la tuberculose, une pneumonie, un pneumothorax, des douleurs thoraciques ou abdominales, des nausées ou des vomissements?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[ASK IF ICQ_ILLUNG_COF1 = YES]		
Oui (Veuillez préciser)		
ICQ_ILLUNG_SP_COF1	_____	
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.		

Q12.	ICQ_HRTCOND_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu un problème cardiaque instable (par exemple, un problème qui a nécessité votre hospitalisation ou une visite à l'urgence, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse (stent), etc.)?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[ASK IF ICQ_HRTCOND_COF1 = YES]		
Oui (veuillez préciser)		
ICQ_HRTCOND_SP_COF1		
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.		

Q12a.	ICQ_EMB6WK_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous eu une embolie pulmonaire au cours des six dernières semaines?		
Remarque : embolie pulmonaire – obstruction d'une ou des deux artères pulmonaires. La plupart du temps, l'embolie pulmonaire est causée par un caillot de sang qui a migré depuis les jambes ou, plus rarement, ailleurs (thrombose veineuse profonde).		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.		

Q12b.	ICQ_EMBMED_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Prenez-vous présentement des anticoagulants, comme du Coumadin, parce que vous avez eu une embolie pulmonaire?		
REMARQUE : LA SPIROMÉTRIE EST CONTRE-INDIQUÉ POUR UN PARTICIPANT QUI PREND DES ANTICOAGULANTS APRÈS AVOIR FAIT UNE EMBOLIE PULMONAIRE.		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.		

Q13.	ICQ_DERET3MO_COF1		
[ALWAYS ASK]			
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous souffert d'un décollement de la rétine?			
Remarque : cela n'inclut pas une occlusion rétinienne			
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE			
YES	01	Oui	
NO	02	Non	
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus	
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE ET LE TONOMÈTRE.			

Q14.	ICQ_INF_COF1						
[ALWAYS ASK]							
Avez-vous présentement une infection aux endroits suivants?							
COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
		NON	GAUCHE	DROIT	LES DEUX	NSP	RF
ICQ_EYEINF_COF1	Œil						
ICQ_EARINF_COF1	Oreille						
REMARQUE : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION POURRAIENT INFLUENCER LE TONOMÈTRE.							
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION POURRAIENT INFLUENCER LE TEST « UP AND GO », LE TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE », LE TEST DE MARCHÉ SUR 4 M, LE TEST AUDITIF, LE TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT ET LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU TONOMÈTRE).							

Q15a.	ICQ_CATRCT_COF1		
[ALWAYS ASK]			
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des cataractes?			
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE			
YES	01	Oui	
NO	02	Non	
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus	
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU TONOMÈTRE).			

Q15b.	ICQ_CATRCT2_COF1	
[ASK IF ICQ_CATRCT_COF1 = YES]		
Un médecin vous a-t-il dit que vous avez présentement des cataractes?		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU TONOMÈTRE).		

Q15c.	ICQ_CATRACT3_COF1	
[ASK IF ICQ_CATRCT_COF1 = YES]		
Avez-vous été opéré pour enlever des cataractes? (Droit, gauche, les deux)		
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

Q15d.	ICQ_CATIME_COF1	
[ASK IF ICQ_CATRCT_COF1 = NO]		
Si vous attendez pour une chirurgie de la cataracte, depuis combien de mois êtes-vous sur la liste d'attente?		
Veillez fournir la meilleure estimation possible si vous n'êtes pas certaine du temps exact.		
ICQ_CATIME_MO_COF1	Temps ____ (mois)	
ICQ_CATIME_DY_COF1	Temps ____ (jours)	
ICQ_CATIME_YR_COF1	Temps ____ (années)	
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

Q16.	ICQ_GLAUC_COF1			
[ALWAYS ASK]				
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous faisiez du glaucome?				
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE				
YES	01	Oui		
NO	02	Non		
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse		
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus		
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU TONOMÈTRE).				

Q17.	ICQ_HRAID_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Portez-vous : Appareil : appareil auditif					
		Oui (ne le porte pas)	Oui (le porte présentement)	Non	Refus
LEFT_SIDE	Appareil auditif – côté gauche				
RIGHT_SIDE	Appareil auditif – côté droit				
BOTH_SIDES	Appareil auditif – deux côtés				
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LE TEST D'AUDITION ET L'ÉTAPE CORPS ENTIER DU DEXA.					

Q17b.	ICQ_GLASSES2_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Portez-vous : Appareil : lunettes					
		Oui (ne les porte pas)	Oui (les porte présentement)	Non	Refus
ICQ_GLASSES2_COF1	Lunettes				
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE TONOMÈTRE.					

Q17c.	ICQ_CTLENS2_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Portez-vous : Appareil : verres de contact					
		Oui (ne les porte pas)	Oui (les porte présentement)	Non	Refus
ICQ_CTLENS2_COF1	Verres de contact				
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LES TESTS VISUELS (RÉTINE ET EDTR OU TONOMÈTRE).					

Q18.	ICQ_PROSLIM_COF1			
[ALWAYS ASK]				
Avez-vous des membres artificiels ou prothèses articulaires?				
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE				
YES	01	Oui		
NO	02	Non		
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus		

Q19.	ICQ_PROSLIM_SP_COF1					
[ASK IF ICQ_PROSLIM_COF1 = YES]						
Pour lesquels de vos membres avez-vous des membres artificiels ou prothèses articulaires?						
COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT						
	Partie du corps	NON	GAUCHE	DROIT	LES DEUX	REFUS
ICQ_PROSARM2_COF1	Bras – membre artificiel					
ICQ_JOINTARM_COF1	Bras – prothèse articulaire					
ICQ_PROSLEG_COF1	Jambe					
ICQ_PROSHND_COF1	Main ou doigts					
ICQ_PROSFT_COF1	Pied					
ICQ_PROSHIP_COF1	Hanche					
ICQ_PROSKNEE_COF1	Genou					
ICQ_PROSEYE_COF1	Œil					
REMARQUE : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION PEUVENT INFLUENCER LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE ET DE LA FORCE DE PRÉHENSION, LE DEXA (DEUX HANCHES) ET LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.						
NOTÉ PAR ONYX: LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LA TENSION ARTÉRIELLE, LE TEST « UP AND GO », LE TEST « SE LEVER D'UNE CHAISE », LE TEST D'ÉQUILIBRE DEBOUT OU LE DEXA (CORPS ENTIER), LE TONOMÈTRE, LA CAMÉRA RÉTINIENNE OU LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.						

Q20.	ICQ_FX_COF1		
[ALWAYS ASK]			
Avez-vous déjà subi une fracture ou une cassure?			
NE PAS LIRE LA LISTE; ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE			
YES	01	Oui	
NO	02	Non	
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus	

Q21.	ICQ_FXLIMB_COF1						
[ASK IF ICQ_FX_COF1 = YES]							
Indiquez quelles parties de votre corps ont subi une fracture ou une cassure.							
COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
	Partie du corps	NON	GAUCHE	DROIT	LES DEUX	NSP / PR	REFUS
ICQ_FXARM_COF1	Bras						
ICQ_FXSHLD_COF1	Épaule						
ICQ_FXHND_COF1	Main ou doigts						
ICQ_FXWRST_COF1	Poignet						
ICQ_FXRIB_COF1	Côtes						
ICQ_FXLEG_COF1	Jambe						
ICQ_FXANK_COF1	Cheville						
ICQ_FXFT_COF1	Pied ou orteils						
ICQ_FXHIP_COF1	Hanche						
ICQ_FXKNEE_COF1	Genou						
ICQ_FXCHK_COF1	Joue						
ICQ_FXJAW_COF1	Mâchoire						
REMARQUE : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION POURRAIENT INFLUENCER LE DEXA (DEUX HANCHES ET AVANT-BRAS).							
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LE DEXA (CORPS ENTIER) ET LE DEXA (AVANT-BRAS OU DEUX HANCHES).							

Q21.	ICQ_FXLIMB_COF1 (continued.....)				
[ASK IF ICQ_FX_COF1 = YES]					
Indiquez quelles parties de votre corps ont subi une fracture ou une cassure.					
COCHER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT					
	Partie du corps	OUI	NON	NSP / PR	REFUS
ICQ_FXNOSE_COF1	Nez				
ICQ_FXSKL_COF1	Crâne				
ICQ_FXNECK_COF1	Cou				
ICQ_FXBACK_COF1	Dos				
ICQ_FXCOLLR_COF1	Clavicule				
ICQ_FXPELV_COF1	Pelvis				
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LE DEXA (CORPS ENTIER OU COLONNE LATÉRALE).					

Q22.	ICQ_LAMIN_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Avez-vous déjà eu une laminectomie?					
REMARQUE : LE TERME LAMINECTOMIE SIGNIFIE L'ABLATION PARTIELLE OU COMPLÈTE D'UNE LAME (C.-À-D. UNE PORTION DE LA VERTÈBRE) À UN OU PLUSIEURS ENDROITS DE LA COLONNE VERTÉBRALE					
YES	01	Oui			
NO	02	Non			
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus			
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER OU COLONNE LATÉRALE).					

Q23.	ICQ_POLIO_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Avez-vous déjà eu la polio?					
YES	01	Oui			
NO	02	Non			
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus			
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER, COLONNE LATÉRALE, DEUX HANCHES OU AVANT-BRAS).					

Q24.	ICQ_BLDSP3MO_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu du sang dans vos expectorations ou avez-vous craché du sang?					
YES	01	Oui			
NO	02	Non			
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus			
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.					

Q25.	ICQ_ANEURY_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Avez-vous déjà eu un anévrisme thoracique, abdominal ou cérébral?					
YES	01	Oui			
NO	02	Non			
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus			
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.					

Q26.	ICQ_DEVIC_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Vous a-t-on installé l'un ou l'autre des appareils médicaux suivants?					
		OUI	NON	NSP / PR	REFUS
ICQ_PACEMKR_COF1	Pacemaker				
ICQ_DEFIBR_COF1	Défibrillateur				
ICQ_COCHLIMP_COF1	Implant cochléaire				
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LE DEXA (CORPS ENTIER).					

Q26d.	ICQ_TUBE_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Avez-vous présentement l'un ou l'autre de ces tubes d'alimentation?					
		OUI	NON	NSP / PR	REFUS
ICQ_NGTUBE_COF1	Tube naso-gastrique				
ICQ_ABDTUBE_COF1	Tube abdominal				
REMARQUE : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION POURRAIENT INFLUENCER LA SPIROMÉTRIE.					
NOTÉ PAR ONYX : LES RÉPONSES À CETTE QUESTION SONT NOTÉES POUR LA SPIROMÉTRIE.					

Q27.	ICQ_CHEMO4WK_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Si vous avez un cancer, avez-vous reçu des traitements de chimiothérapie <u>au cours des 4 dernières semaines?</u>					
YES	01	Oui			
NO	02	Non			
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus			
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.					

Q28.	ICQ_HAEMO_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Êtes-vous atteint d'hémophilie ou de toute autre maladie qui empêche votre sang de coaguler normalement?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.		

Q29.	ICQ_BLDTR24H_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous reçu une transfusion sanguine ou donné du sang <u>au cours des 24 dernières heures</u> ?		
Remarque : la quantité de sang prélevée à la Société canadienne du sang est de 450 ml (une pinte). Cette question inclut le don de plasma.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LA COLLECTE D'UN ÉCHANTILLON DE SANG.		

Q30.	ICQ_NUCLMED_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des 7 derniers jours</u> ?		
REMARQUE : Une étude portant sur la médecine nucléaire utilise des substances radioactives injectées dans un vaisseau sanguin, avalées ou inhalées sous forme gazeuse. Une caméra gamma, un appareil de tomographie par émission de positons ou une sonde détecte cette énergie et, à l'aide d'un ordinateur, prend une photo détaillant la structure et la fonction d'organes et de tissus du corps. <u>Le tomodensitogramme et l'imagerie par résonance magnétique sont exclus.</u>		
YES	01	Oui
NO	02	Non
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE DEXA (CORPS ENTIER OU AVANT-BRAS).		

Q30a.	ICQ_NUCLMED_48H_COF1	
[ASK IF ICQ_NUCLMED_COF1 = YES]		
Le test de médecine nucléaire a-t-il été fait il y a moins de 48 heures (c.-à-d. <u>au cours des deux derniers jours</u>)?		
YES	01	Oui (PROGRAMMING NOTE: CONTRAINDICATE ALL DXA SCANS)
NO	02	Non
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE DEXA (CORPS ENTIER, COLONNE LATÉRALE, DEUX HANCHES ET AVANT-BRAS).		

Q30b.	ICQ_NUCLMED_TEST_COF1
[ASK IF ICQ_NUCLMED_48H_COF1= NO]	
Quel test avez-vous fait? (veuillez préciser _____)	
ICQ_NUCLMED_TEST_COF1	

Q30c.	ICQ_NUCLMED_IV24H_COF1
[ASK ICQ_NUCLMED_COF1 = NO OR REFUSED OR ICQ_NUCLMED_48H_COF1 = NO OR REFUSED]	
Avez-vous fait un tomodensitogramme avec intraveineuse ou un test de contraste pour imagerie par résonance magnétique (p. ex. : injection de substance de contraste) <u>au cours de 24 dernières heures?</u>	
YES	01 Oui (PROGRAMMING NOTE: CONTRAINDICATE WHOLE BODY BUT PERFORM ALL OTHER DXA SCANS)
NO	02 Non
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE DEXA (CORPS ENTIER).	

Q31.	ICQ_BARSWAL_COF1
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous eu un test au baryum <u>au cours des 7 derniers jours?</u>	
YES	01 Oui (PROGRAMMING NOTE: CONTRAINDICATE WHOLE BODY BUT PERFORM ALL OTHER DXA SCANS)
NO	02 Non
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus
REMARQUE : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT INFLUENCER LE DEXA (CORPS ENTIER).	

Q32.	ICQ_TINNIT_COF1
[ALWAYS ASK]	
Souffrez-vous d'acouphène?	
REMARQUE : BOURDONNEMENT OU SIFFLEMENT DANS LES OREILLES.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LE TEST D'AUDITION.	

Q33.	ICQ_SMOKE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Parmi les énoncés suivants, lequel correspond à votre usage du tabac?		
REMARQUE : LA QUESTION PORTE UNIQUEMENT SUR LES PRODUITS DU TABAC		
YES	01	Oui (je suis fumeur / fumeuse)
NO	02	Non (je ne fume pas et je n'ai jamais fumé)
FORMER	03	Anciennement (je ne fume pas, mais j'ai déjà fumé)
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE.		

Q34.	ICQ_SMOKETIME_COF1	
[ASK IF ICQ_SMOKE_COF1 = YES]		
Avez-vous fumé <u>au cours des 24 dernières heures</u> ?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE.		

Q35.	ICQ_SMOKEHOURS_COF1	
[ASK IF ICQ_SMOKE_COF1 = YES]		
Combien d'heures se sont-elles écoulées depuis que vous avez fumé votre dernière cigarette, pipe ou cigare?		
Veillez fournir la meilleure estimation possible si vous n'êtes pas certaine du nombre exact d'heures.		
ICQ_SMOKEHOURS_COF1	_____ (Temps : heures)	
NOTÉ PAR ONYX: LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE.		

Q36.	ICQ_INHALERLONG_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous pris des inhalateurs à action prolongée <u>au cours des 12 dernières heures</u> ?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION POURRAIT DEVOIR ÊTRE NOTÉE PAR ONYX POUR LA SPIROMÉTRIE.		

Q37.	ICQ_INHALERSHORT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous pris des inhalateurs à action brève <u>au cours des 6 dernières heures?</u>		
YES	01	Oui
NO	02	Non
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
NOTÉ PAR ONYX : LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST NOTÉE POUR LA SPIROMÉTRIE.		

SALLE DE MESURES 1

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

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

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

Électrocardiogramme (ECG) – (visite régulière/abrégée)

Épaisseur de l'intima-média carotidienne – (visite régulière)

Spirométrie – (visite régulière/à domicile/abrégée)

SALLE DU DEXA – (VISITE RÉGULIÈRE/ABRÉGÉE)

Questionnaire sur la densité minérale osseuse

(DEXA) – Mesure des deux hanches

(DEXA) – Mesure de la colonne latérale IVA

(DEXA) – Mesure du corps entier

(DEXA) – Colonne lombaire

(DEXA) – Mesure de l'avant-bras

SALLE D'ENTREVUE 1

Batterie neuropsychologique

Prospective Memory Test (PMT) – (visite régulière/à domicile)

Le Dr David Loewenstein, auteur, a accordé la permission à l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement d'utiliser cet instrument. D. A. Loewenstein et A. Acevedo, *The Prospective Memory Test: Administration and Scoring Manual*, University of Miami School of Medicine, Miami, Fla, USA, 2004.

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

Maintenant, je vais vous demander d'accomplir certaines tâches qui font appel à la mémoire et à la concentration. Certaines de ces tâches vous sembleront difficiles et d'autres faciles, mais c'est ainsi que cela doit être. Nous ne nous attendons pas à ce que vous ayez tout bon; nous demandons à tout le monde de faire ces tâches.

1.	PMT_INST_COF1
[ALWAYS ASK]	
<p>Montrez au sujet l'enveloppe contenant trois pièces de 1 \$, un billet de 5 \$, un billet de 10 \$, un billet de 20 \$, une pièce de 25¢ et une pièce de 5¢.</p> <p>Dites au sujet : « Comme vous pouvez le constater, cette enveloppe contient de l'argent. » (En disant cela, ouvrez l'enveloppe et déposez les différents billets et pièces aléatoirement sur la table, sans les arranger en ordre croissant ou décroissant.)</p> <p>Puis, dites « Lorsque cette minuterie sonnera (faites sonner la minuterie), je veux que vous preniez cette enveloppe qui sera devant vous et que vous me donniez un billet de 5 \$ (prenez le billet de 5 \$ et donnez-vous-le). Je veux que vous vous donniez un billet de 10 \$ » (prenez le billet de 10 \$ et donnez-le au sujet). Laissez l'argent sur la table et répétez les consignes en disant : « Laissez-moi répéter les consignes. Lorsque cette minuterie sonnera... » Quand vous répétez les instructions, sonnez la minuterie encore une fois et assurez-vous que le sujet peut l'entendre sans difficulté.</p> <p>Pour vérifier que le sujet a bien compris les instructions, dites : « Veillez me dire ce que vous devez faire. » Répétez les instructions si nécessaire. Répondez à toutes les questions ou clarifiez toute ambiguïté, puis vérifiez que le sujet connaisse l'événement (c.-à-d. sonnerie de la minuterie) et les actions (c.-à-d. prendre l'enveloppe, l'ouvrir, donner 5 \$ à l'intervieweur et se donner 10 \$) qu'il/elle doit faire.</p>	

1a	PMT_ABLE_COF1
[ALWAYS ASK]	
Le participant peut-il faire le test?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
[IF PMT_ABLE_COF1 = YES SKIP TO PMT_TIM_COF1]	

1b	PMT_FCT_COF1
[ASK IF PMT_ABLE_COF1 = NO]	
INTERVIEWEUR : Quels sont les facteurs qui ont pu empêcher le participant de faire le test?	
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
PMT_FCT_UND_COF1	01 Difficulté de compréhension du français / anglais
PMT_FCT_PHYS_COF1	02 Handicap physique, tel que difficulté à entendre
PMT_FCT_DIST_COF1	03 Distraction ou milieu bruyant
PMT_FCT_CONC_COF1	04 Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
PMT_FCT_AID_COF1	05 Aide utilisée
PMT_FCT_TECH_COF1	06 Difficultés techniques avec l'ordinateur portable
PMT_FCT_OT_COF1	97 Autre
<i>[IF PMT_FCT_COF1 ≠ PMT_FCT_OT_COF1 SKIP PMT END]</i>	
1c	PMT_FCT_OTSP_COF1
[ASK IF PMT_FCT_COF1 = PMT_FCT_OT_COF1]	
Autre (veuillez préciser : _____)	
PMT_FCT_OTSP1_COF1	
<i>[SKIP TO PMT END]</i>	
2	PMT_TIM_COF1
[ASK IF PMT_ABLE_COF1 = YES]	
Placez l'enveloppe à la gauche ou à la droite du sujet (selon la main utilisée et l'aire de travail). L'enveloppe doit être à portée de la main du sujet, mais ne doit pas être dans le chemin pour les autres tâches. Programmez la minuterie pour sonner dans exactement 30 minutes. Ne permettez pas au sujet de voir l'intervalle de temps choisi. Placez la minuterie proche du sujet dans un endroit où il/elle ne pourra pas voir le temps s'écouler.	
<i>[CONTINUE]</i>	
3	PMT_INSTRUCTIONS2_COF1
[ASK IF PMT_ABLE_COF1 = YES]	
Lorsque la minuterie sonne, donnez 60 secondes au sujet pour réagir. Si le sujet n'a pas réagi après 60 secondes, commencez à lui donner des indices de façon progressive tel qu'indiqué à la page suivante.	
<i>[CONTINUE]</i>	

PMT_1	PMT_TIM_COF1	
[ASK IF PMT_ABLE_COF1 = YES]		
INTERVIEWEUR: LORSQUE LA MINUTERIE SONNE, DONNEZ 60 SECONDES AU PARTICIPANT POUR RÉAGIR. SI LE PARTICIPANT N'A PAS RÉAGI APRÈS 60 SECONDES, COMMENCEZ À LUI DONNER DES INDICES DE FAÇON PROGRESSIVE EN DISANT : Vous deviez faire quelque chose quand la minuterie sonnait. Vous souvenez-vous de ce que c'était?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : LAISSEZ LA MINUTERIE SONNER PENDANT <u>AU MOINS 30 SECONDES</u> AVANT DE L'ÉTEINDRE.		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT A ACCOMPLI LA TÂCHE SANS INDICES, SÉLECTIONNEZ « SANS OBJET » AUX TROIS QUESTIONS CONCERNANT LES INDICES.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
NOT_APPLICABLE	07	[NE PAS LIRE] Sans objet
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF PMT_TIM_COF1 = NO or NOT_APPLICABLE SKIP TO PMT_ENV_COF1, IF PMT_TIM_COF1 = REFUSED SKIP TO PMT_END]</i>		

PMT_1a	PMT_NOCUE_COF1	
[ASK IF PMT_TIM_COF1 = YES]		
INTERVIEWEUR : CHOISISSEZ L'UNE DES OPTIONS SUIVANTES SELON LA RÉACTION DU PARTICIPANT À L'INDICE		
ABLE_WITHOUT_CUES	01	A accompli la tâche sans indice supplémentaire et sans erreur
SOME_IDEA_ENVELOPE_MONEY	02	A une petite idée (en se basant sur les commentaires ou les actions) que la tâche a un lien avec l'enveloppe et l'argent
SOME_IDEA_ENVELOPE_ONLY	03	A une petite idée (en se basant sur les commentaires ou les actions) que la tâche a un lien avec l'enveloppe
SOME_IDEA_MONEY_ONLY	04	A une petite idée (en se basant sur les commentaires ou les actions) que la tâche a un lien avec l'argent
PMT_NOCUE_OT_COF1	97	Autre
<i>[IF PMT_NOCUE_COF1 = ABLE_WITHOUT_CUES SKIP TO PMT_ITP_COF1, IF PMT_NOCUE_COF1 = SOME_IDEA_MONEY_ONLY, or SOME_IDEA_ENVELOPE_ONLY, or SOME_IDEA_ENVELOPE_MONEY SKIP TO PMT_ENV_COF1]</i>		

PMT_1b	PMT_NOCUE_OTSP_COF1	
[ASK IF PMT_NOCUE_COF1 = PMT_NOCUE_OT_COF1]		
Autre (veuillez préciser : _____)		
PMT_NOCUE_OTSP1_COF1		
<i>[CONTINUE]</i>		

PMT_2	PMT_ENV_COF1	
[ASK IF PMT_TIM_COF1 = NO, or PMT_NOCUE_COF1 ≠ ABLE_WITHOUT_CUES]		
Vous deviez faire quelque chose avec cette enveloppe (montrer l'enveloppe au sujet). Vous souvenez-vous de ce que c'était?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
NOT_APPLICABLE	07	[NE PAS LIRE] Sans objet
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF PMT_ENV_COF1 = YES or NOT_APPLICABLE SKIP TO PMT_MONEY_COF1, IF PMT_ENV_COF1 = REFUSED SKIP TO PMT_END]</i>		

PMT_2b1	OBSERVATIONS
[ASK IF PMT_ENV_COF1 = NO]	
OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :	

[CONTINUE]	

PMT_3	PMT_MONEY_COF1	
[ASK IF PMT_ENV_COF1 ≠ REFUSED]		
Vous deviez faire quelque chose avec l'argent dans cette enveloppe (montrer l'enveloppe au sujet). Vous souvenez-vous de ce que c'était?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
NOT_APPLICABLE	07	[NE PAS LIRE] Sans objet
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF PMT_MONEY_COF1 = YES or NOT_APPLICABLE SKIP TO PMT_ITP_COF1, IF PMT_MONEY_COF1 = REFUSED SKIP TO PMT_END]</i>		

PMT_3b1	OBSERVATIONS
[ASK IF PMT_MONEY_COF1 = NO]	
OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :	

[CONTINUE]	

PMT_4	PMT_ITP_COF1
[ASK IF PMT_MONEY_COF1 ≠ REFUSED]	
INTERVIEWEUR : INTENTION D'AGIR :	
GRABS_ENVELOPE	(score = 3) : Prend l'enveloppe lorsque la minuterie sonne.
GIVE_INDICATION_VERBALLY	(score = 2) : Ne prend pas l'enveloppe, mais indique verbalement qu'il/elle doit faire quelque chose en réponse à un signal (par exemple, « Je sais que je dois faire quelque chose, mais je ne m'en souviens plus. »).
NON_VERBAL_RESPONSE	(score = 1) : Réagit de façon non spécifique et non verbale au signal (par exemple, regarde autour de lui/d'elle, regarde vers la minuterie qui sonne, fait le saut).
NO_RESPONSES	(score = 0) : Ne réagit pas au signal.
<i>[CONTINUE]</i>	

PMT_5	PMT_ACR_COF1
[ASK IF PMT_MONEY_COF1 ≠ REFUSED]	
INTERVIEWEUR : PRÉCISION DE LA RÉPONSE :	
CORRECTLY_GIVE_5_AND_10	(score = 3) : Le sujet répond correctement : donne le billet de 5 \$ à l'intervieweur et se donne le billet de 10 \$.
CORRECTLY_SELECTS_BUT_NOT_USED_CORRECTLY	(score = 2) : Le sujet sélectionne correctement les billets de 5 \$ et de 10 \$, mais ne les donne pas aux bonnes personnes (par exemple, donne le billet de 10 \$ à l'intervieweur et se donne le billet de 5 \$).
SELECTS_5_OR_10_GIVES_TO_SELF_OR_EXAMINER	(score = 1) : Le sujet sélectionne un billet de 5 \$ ou de 10 \$, puis se le donne ou le donne à l'intervieweur. Donner un score de 1 peu importe le montant choisi (5 \$ ou 10 \$) ou la personne choisie (soi-même ou l'intervieweur). Donner à l'intervieweur ou se donner un autre montant d'argent (par exemple 20 \$) équivaut à un score de 1 si le sujet a aussi choisi un 5 \$ ou un 10 \$.
NONE_OF_THE_ABOVE	(score = 0) : Aucune des options ci-dessus. D'autres options : a) Le sujet ne sélectionne pas le billet de 5 \$ ou de 10 \$, mais sélectionne d'autres montants ou sélectionne seulement des pièces de monnaie. b) Le sujet sélectionne un billet de 5 \$ ou de 10 \$, mais ne le donne pas (à soi-même ou à l'intervieweur). c) Le sujet ne sélectionne pas d'argent dans l'enveloppe (par exemple, il/elle donne l'enveloppe à l'intervieweur avec tout l'argent).
<i>[CONTINUE]</i>	

PMT_6	PMT_REM_COF1
[ASK IF PMT_MONEY_COF1 ≠ REFUSED]	
INTERVIEWEUR : BESOIN DE RAPPEL :	
NO_REMINDER_NEEDED	(score = 3) : N'a pas eu besoin de rappel.
NEEDS_ONLY_ONE_REMINDER	(score = 2) : A eu besoin d'un seul des rappels. Décrivez le rappel donné :
PMT_REMONE_SP_COF1	Veillez indiquer le rappel_1
NEEDS_TWO_RMINDERS	(score = 1) : A eu besoin de deux des rappels. Décrivez les rappels donnés :
PMT_REMTWO_SP1_COF1	Veillez indiquer le rappel_1
PMT_REMTWO_SP2_COF1	Veillez indiquer le rappel_2
NEEDS_ALL_REMINDERS	(score = 0) : A eu besoin des trois rappels. Inscrivez le score de 0 peu importe si la réponse au troisième rappel a été correcte ou non.

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

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

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

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

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

STP_1	NEUR_CONSREC_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Pour nous aider à saisir cette information de façon exacte, nous aimerions avoir votre permission de faire un enregistrement audio de vos réponses. Cet enregistrement sera seulement utilisé par des employés autorisés de l'ÉLCV pour coder et vérifier vos réponses. Il est assujéti aux mêmes dispositions en matière de confidentialité que les autres données recueillies par l'ÉLCV. Consentez-vous à ce que vos réponses soient enregistrées?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI VOUS AVEZ DES PROBLÈMES TECHNIQUES ET LE PARTICIPANT NE PEUT PAS ÊTRE ENREGISTRÉ OU SI LE PARTICIPANT REFUSE D'ÊTRE ENREGISTRÉ, UTILISEZ LES FICHES D'OBSERVATIONS (CRF_COF1_0019_2 & CRF_COF1_0019_3).		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>PROGRAMMING NOTE: IF NEUR_CONSREC_COF1 ≠ YES DISABLE RECORDING ABILITY IN ONYX AND MAKE NOTE IN ONYX TO USE CRF.</i>		
<i>[CONTINUE]</i>		

STP_2	STP_DOT_COF1	
[ASK ALWAYS]		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des points de couleur. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF STP_DOT_COF1 = YES SKIP TO STP_DOTRECR_COF1, IF STP_DOT_COF1 = REFUSED SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_3	STP_DOTRPT_COF1	
[ASK IF STP_DOT_COF1 = NO or DK_NA]		
SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTEZ LES CONSIGNES.		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des points de couleur. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[[IF STP_DOTRPT_COF1 = YES SKIP TO STP_DOTRECR_COF1, IF STP_DOTRPT_COF1 = DON'T KNOW OR REFUSED SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_3a	STP_DOTFCTR_COF1	
[ASK IF STP_DOTRPT_COF1 = NO]		
INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
<i>[[IF STP_DOTFCTR_COF1 = NO SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_3b	STP_DOTLST_COF1	
[ASK IF STP_DOTFCTR_COF1 = YES]		
INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
STP_DOTUND_COF1	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
STP_DOTPHYS_COF1	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
STP_DOTDIST_COF1	03	Distraction ou milieu bruyant
STP_DOTCONC_COF1	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
STP_DOTAID_COF1	05	Aide utilisée
STP_DOTTECH_COF1	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif
STP_DOTOT_COF1	97	Autre
<i>[[IF STP_DOTLST_COF1≠ STP_DOTOT_COF1 SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_3c	STP_DOTOTSP_COF1
[ASK IF STP_DOTLST_COF1 = STP_DOTOT_COF1]	
Autre (veuillez préciser : _____)	
STP_DOTOTSP1_COF1	
<i>[SKIP TO STROOP END]</i>	

STP_4	STP_DOT_TST_COF1
[ASK IF STP_DOT_COF1 = YES or STP_DOTRPT_COF1 = YES]	
Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS, DEUX AUTRES ESSAIS AU MAXIMUM PEUVENT ÊTRE PROPOSÉS. SI LE PARTICIPANT FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS AU TROISIÈME ESSAI, L'ÉPREUVE DÉBUTE QUAND MÊME.	
NE PAS CHRONOMÉTRER L'EXEMPLE.	
<i>[CONTINUE]</i>	

STP_5	STP_DOTRECR_COF1
[ASK IF STP_DOT_COF1 = YES or STP_DOTRPT_COF1 = YES]	
CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : COMMENCER L'ENREGISTREMENT.	
Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur des points, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
NOTES À L'INTERVIEWEUR : N'AIDEZ PAS LE PARTICIPANT.	
<i>RECORD</i>	
<i>SKIP RECORDING</i>	
<i>[CONTINUE]</i>	

STP_5a	STP_DOTABLE_COF1	
[ASK IF STP_DOT_COF1 YES or STP_DOTRPT_COF1 = YES]		
Le participant a-t-il pu faire le test?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES		
YES	01	Oui
NO	02	Non
[[IF STP_DOTABLE_COF1 = NO SKIP TO STROOP END]		

STP_5b	STP_DOTTIMEN_COF1	
[ASK IF STP_DOTABLE_COF1 = YES]		
Inscrire le temps exact en secondes :	_____	MIN=01, MAX=30
Merci. Cette tâche est terminée		
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT.		
[CONTINUE]		

STP_6	STP_WOR_COF1	
[ASK IF STP_DOTABLE_COF1 = YES]		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[[IF STP_WOR_COF1 = YES SKIP TO STP_WORRECR_COF1, IF STP_WOR_COF1 = REFUSED SKIP TO STROOP END]		

STP_7	STP_WORRPT_COF1	
[ASK IF STP_WOR_COF1 = NO or DK_NA]		
SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTEZ LES CONSIGNES.		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF STP_WOR_COF1 = YES SKIP TO STP_WORRECR_COF1, IF STP_WOR_COF1 = DON'T KNOW, REFUSED SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_7a	STP_WORFCTR_COF1	
[ASK IF STP_WORRPT_COF1 = NO]		
INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
<i>[IF STP_WORFCTR_COF1 = NO SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_7b	STP_WORLST_COF1	
[ASK IF STP_WORFCTR_COF1 = YES]		
INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
STP_WORUND_COF1	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
STP_WORPHYS_COF1	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
STP_WORDIST_COF1	03	Distraction ou milieu bruyant
STP_WORCONC_COF1	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
STP_WORAIID_COF1	05	Aide utilisée
STP_WORECH_COF1	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif
STP_WOROT_COF1	97	Autre
<i>[IF STP_WORLST_COF1 ≠ STP_WOROT_COF1 SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_7c	STP_WOROTSP_COF1
[ASK IF STP_WORECH_COF1 = STP_WOROT_COF1]	
Autre (veuillez préciser : _____)	
STP_WOROTSP1_COF1	
<i>[SKIP TO STROOP END]</i>	

STP_8	STP_WOR_TST_COF1
[ASK IF STP_WOR_COF1 = YES or STP_WORRPT_COF1 = YES]	
Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS, DEUX AUTRES ESSAIS AU MAXIMUM PEUVENT ÊTRE PROPOSÉS. SI LE PARTICIPANT FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS AU TROISIÈME ESSAI, L'ÉPREUVE DÉBUTE QUAND MÊME. NE PAS CHRONOMÉTRER L'EXEMPLE.	
<i>[CONTINUE]</i>	

STP_9	STP_WORRECR_COF1
[ASK IF STP_WOR_COF1 = YES or STP_WORRPT_COF1 = YES]	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : COMMENCER L'ENREGISTREMENT. COMMENCER LE CHRONOMÈTRE DÈS QUE VOUS DITES « PARTEZ »	
Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur de l'encre dans laquelle sont écrits les mots, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
NOTES À L'INTERVIEWEUR : N'AIDEZ PAS LE PARTICIPANT.	
<i>RECORD</i>	
<i>SKIP RECORDING</i>	
<i>[CONTINUE]</i>	

STP_9a	STP_WORABLE_COF1	
[ASK IF STP_WOR_COF1 = YES or STP_WORRPT_COF1 = YES]		
Le participant a-t-il pu faire le test?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES		
YES	01	Oui
NO	02	Non
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF STP_WORABLE_COF1 = NO SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_9b	STP_WORTIMEN_COF1	
[ASK IF STP_WORABLE_COF1 = YES]		
Inscrire le temps exact en secondes :	_____	MIN=01, MAX=30
Merci. Cette tâche est terminée.		
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT		
<i>[CONTINUE]</i>		

STP_10	STP_COL_COF1	
[ASK IF STP_WORABLE_COF1 = YES]		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots de couleur écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots de couleur, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF STP_COL_COF1 = YES SKIP TO STP_COLRECR_COF1, IF STP_COL_COF1 = REFUSED SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_11	STP_COLRPT_COF1	
[ASK IF STP_COL_COF1 = NO or DK_NA]		
SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTEZ LES CONSIGNES.		
Voici une feuille sur laquelle sont représentés des mots de couleur écrits dans différentes couleurs. Nous allons commencer par la ligne d'exemple où je vais vous demander de ne pas lire ces mots de couleur, mais de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ils sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Êtes-vous prêt(e) à commencer?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF STP_COLRPT_COF1 = YES SKIP TO STP_COLRECR_COF1, IF STP_COLRPT_COF1 = DON'T KNOW, REFUSED SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_11a	STP_COLFCTR_COF1	
[ASK IF STP_COLRPT_COF1 = NO]		
INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
<i>[IF STP_COLFCTR_COF1 = NO SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_11b	STP_COLLST_COF1	
[ASK IF STP_COLFCTR_COF1 = YES]		
INTERVIEWEUR: Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
STP_COLUND_COF1	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
STP_COLPHYS_COF1	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
STP_COLDIST_COF1	03	Distraction ou milieu bruyant
STP_COLCONC_COF1	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
STP_COLAID_COF1	05	Aide utilisée
STP_COLECH_COF1	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portable
STP_COLOT_COF1	97	Autre
<i>[IF STP_COLLST_COF1 ≠ STP_COLOT_COF1 SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_11c	STP_COLOTSP_COF1	
[ASK IF STP_COLLST_COF1 = STP_COLOT_COF1]		
Autre (veuillez préciser : _____)		
STP_COLOTSP1_COF1		
<i>[SKIP TO STROOP END]</i>		

STP_12	STP_COL_TST_COF1	
[ASK IF STP_COL_COF1 = YES or STP_COLRPT_COF1 = YES]		
Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.		
NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS, DEUX AUTRES ESSAIS AU MAXIMUM PEUVENT ÊTRE PROPOSÉS. SI LE PARTICIPANT FAIT UNE OU PLUSIEURS ERREURS AU TROISIÈME ESSAI, L'ÉPREUVE DÉBUTE QUAND MÊME. NE PAS CHRONOMÉTRER L'EXEMPLE.		
<i>[CONTINUE]</i>		

STP_13	STP_COLRECR_COF1
[ASK IF STP_COL_COF1 = YES or STP_COLRPT_COF1 = YES]	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : COMMENCER L'ENREGISTREMENT. COMMENCER LE CHRONOMÈTRE DÈS QUE VOUS DITES « PARTEZ ».	
Dans la suite de l'épreuve, la consigne demeure identique. Je vous rappelle que vous devez essayer de nommer la couleur de l'encre dans laquelle ces mots de couleur sont écrits, de gauche à droite, le plus rapidement possible et sans vous tromper. Vous commencerez lorsque je vous dirai « partez ». Prêt, partez.	
NOTES À L'INTERVIEWEUR : N'AIDEZ PAS LE PARTICIPANT.	
RECORD	
SKIP RECORDING	

STP_13a	STP_COLABLE_COF1
[ASK IF STP_COL_COF1 = YES or STP_COLRPT_COF1 = YES]	
Le participant a-t-il pu faire le test?	
NOTES À L'INTERVIEWEUR : DES PETITES ERREURS SONT PERMISES	
YES	01 Oui
NO	02 Non

STP_13b	STP_COLTIMEN_COF1
[ASK IF STP_COLABLE_COF1 = YES]	
Inscrire le temps exact en secondes	_____ MIN=01, MAX=30
Merci. Cette tâche est terminée.	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT	

INTERVIEWEUR : Veuillez inscrire les commentaires en lien avec le test Stroop. Si vous n'avez aucun commentaire, veuillez écrire « N/A ».	
STP_COL_COMM_COF1	Commentaires : _____

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

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

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

FAS_1	FAS_INSTRDY_COF1
[ALWAYS ASK]	
Je vais vous donner une lettre de l'alphabet. Puis, je veux que vous me donniez le plus de mots qui commencent par cette lettre, et ce, le plus rapidement possible. Par exemple, si je dis « b », vous pouvez me dire « bataille, bébé, bouteille... ». Je ne veux pas que vous me donniez des noms propres comme « Boston, Bernard, Benadryl... » Aussi, ne dites pas le même mot avec une terminaison différente comme « mange et mangeait ». Êtes-vous prêt(e) à commencer?	
NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DE QUELLE LETTRE VOUS PARLEZ, ÉCRIVEZ LA LETTRE SUR UN PAPIER ET MONTREZ-LE AU PARTICIPANT.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF FAS_INSTRDY_COF1 = YES SKIP TO FAS_FCOMP_COF1, IF FAS_INSTRDY_COF1 = REFUSED SKIP TO FAS END]</i>	

FAS_2	FAS_INSTRPT_COF1
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF1 = NO or DK_NA]	
SI LE PARTICIPANT NE COMPREND PAS, RÉPÉTEZ LES INSTRUCTIONS.	
Je vais vous donner une lettre de l'alphabet. Puis, je veux que vous me donniez le plus de mots qui commencent par cette lettre, et ce, le plus rapidement possible. Par exemple, si je dis « b », vous pouvez me dire « bataille, bébé, bouteille... ». Je ne veux pas que vous me donniez des noms propres comme « Boston, Bernard, Benadryl... » Aussi, ne dites pas le même mot avec une terminaison différente comme « mange et mangeait ». Êtes-vous prêt(e) à commencer?	
NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DE QUELLE LETTRE VOUS PARLEZ, ÉCRIVEZ LA LETTRE SUR UN PAPIER ET MONTREZ-LE AU PARTICIPANT.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF FAS_INSTRDY_COF1 = YES SKIP TO FAS_FCOMP_COF1, IF FAS_INSTRDY_COF1 = DON'T KNOW or REFUSED SKIP TO FAS END]</i>	

FAS_2a	FAS_INSTFCTR_COF1	
[ASK IF FAS_INSTRPT_COF1 = NO]		
INTERVIEWEUR : Des facteurs ont-ils pu nuire au rendement du répondant au test?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
[[IF FAS_INSTFCTR_COF1 = NO SKIP TO FAS END]		

FAS_2b	FAS_INSTLST_COF1	
[ASK IF FAS_INSTFCTR_COF1 = YES]		
INTERVIEWEUR : Quels étaient ces facteurs?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
FAS_INSTUND_COF1	01	Difficulté de compréhension du français / anglais
FAS_INSTPHYS_COF1	02	Handicap physique, tel que difficulté à entendre
FAS_INSTDIST_COF1	03	Distraction ou milieu bruyant
FAS_INSTCONC_COF1	04	Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
FAS_INSTAID_COF1	05	Aide utilisée
FAS_INSTECH_COF1	06	Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif
FAS_INSTOT_COF1	97	Autre
[[IF FAS_INSTLST_COF1 ≠ FAS_INSTOT_COF1 SKIP TO FAS END]		

FAS_2c	FAS_INSTOTSP_COF1	
[ASK IF FAS_INSTLST_COF1 = FAS_INSTOT_COF1]		
Autre (veuillez préciser : _____)		
FAS_INSTOTSP1_COF1		
[SKIP TO FAS END]		

FAS_3	FAS_FRECR_COF1
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF1 = YES or FAS_INSTRPT_COF1 = YES]	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT.	
Commencez quand je vais dire la lettre. La première lettre est le « F ». Commencez.	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : LE PARTICIPANT A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.	
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT EST SILENCIEUX PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, ENCOURAGEZ-LE EN DISANT : « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » ou « Vous avez encore un peu de temps pour y penser. » N'INTERROMPEZ PAS LE PARTICIPANT SI SES RÉPONSES SONT BONNES. RÉPÉTEZ LES CONSIGNES ET LA LETTRE SEULEMENT SI LE PARTICIPANT DEMANDE DES PRÉCISIONS. N'AIDEZ PAS LE PARTICIPANT.	
RECORD	
SKIP RECORDING	

FAS_FCOMP_COF1		
INTERVIEWEUR : TEST FAIT :		
YES	01	Oui
NO	02	Non
C'est bien, merci.		
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT		

FAS_FCOMP_COMM_COF1	Commentaires (s'il n'y en a aucun, écrire « N/A ») : : _____
[CONTINUE]A	

FAS_4	FAS_ARECR_COF1
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF1, or, FAS_INSTRPT_COF1 = YES]	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT	
Commencez quand je vais dire la lettre. La prochaine lettre est le « A ». Commencez.	
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : LE PARTICIPANT A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.	

CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT EST SILENCIEUX PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE		
AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, ENCOURAGEZ-LE EN DISANT : « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » ou « Vous avez encore un peu de temps pour y penser. »		
N'INTERROMPEZ PAS LE PARTICIPANT SI SES RÉPONSES SONT BONNES. RÉPÉTEZ LES CONSIGNES ET LA LETTRE SEULEMENT SI LE PARTICIPANT DEMANDE DES PRÉCISIONS. N'AIDEZ PAS LE PARTICIPANT.		
RECORD		
SKIP RECORDING		
FAS_ACOMP_COF1		
INTERVIEWEUR : TEST FAIT :		
YES	01	Oui
NO	02	Non
C'est bien, merci.		
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT		
FAS_ACOMP_COMM_COF1	Commentaires (s'il n'y en a aucun, écrire « N/A ») : _____	
[CONTINUE]		

FAS_5	FAS_SCRECR_COF1	
[ASK IF FAS_INSTRDY_COF1, or, FAS_INSTRPT_COF1 = YES]		
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : COMMENCER L'ENREGISTREMENT		
Commencez quand je vais dire la lettre. La prochaine lettre est le « S ». Commencez.		
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : LE PARTICIPANT A 60 SECONDES. ON NE DOIT PAS REDÉMARRER LE CHRONOMÈTRE OU LE METTRE SUR PAUSE À MOINS QU'IL Y AIT UN PROBLÈME TECHNIQUE. LE BIP SE FERA ENTENDRE LORSQUE LE CHRONOMÈTRE SERA ARRÊTÉ. NE PAS ARRÊTER LE CHRONOMÈTRE AVANT LE BIP.		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT EST SILENCIEUX PENDANT 15 SECONDES OU ARRÊTE		
AVANT LA FIN DU TEMPS ALLOUÉ, ENCOURAGEZ-LE EN DISANT : « Pouvez-vous penser à d'autres mots? » ou « Vous avez encore un peu de temps pour y penser. »		
N'INTERROMPEZ PAS LE PARTICIPANT SI SES RÉPONSES SONT BONNES. RÉPÉTEZ LES CONSIGNES ET LA LETTRE SEULEMENT SI LE PARTICIPANT DEMANDE DES PRÉCISIONS. N'AIDEZ PAS LE PARTICIPANT.		
RECORD		
SKIP RECORDING		
FAS_SCOMP_COF1		
INTERVIEWEUR : TEST FAIT :		
YES	01	Oui
NO	02	Non
C'est bien, merci.		
CONSIGNES D'ENREGISTREMENT : METTRE FIN À L'ENREGISTREMENT		
FAS_SCOMP_COMM_COF1	Commentaires (s'il n'y en a aucun, écrire « N/A ») : _____	
[CONTINUE]		

Test de temps de réaction (CRT) – (visite régulière/abrégée)

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

Aperçu	<p>Le fonctionnement social permet de déceler les problèmes reliés à la participation du participant à sa communauté, caractéristique essentielle de l'interaction entre l'individu et la société. Les échanges entre les individus et la société contribuent au fonctionnement social et ceux-ci sont également facilités par les liens familiaux ou autres.</p> <p>Les informations recueillies par l'ÉLCV touchent à la fois les domaines structurels (réseau social, taille et fréquence de contact) et les domaines fonctionnels (perception du soutien reçu) du soutien social. Le questionnaire comporte 15 questions sur le réseau social du participant, dont le statut matrimonial, les conditions de logement, la composition de la famille, les liens et les contacts sociaux.</p>
---------------	--

Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur les personnes qui vivent dans votre logement et sur leur lien avec vous. De plus, je vous poserai des questions sur vos enfants, qu'ils habitent avec vous ou non.

SN_1	SN_LIVH_NB_COF1
[ALWAYS ASK]	
Combien de personnes, autres que vous, vivent dans votre maison, logement ou appartement? NOTE : LA PERSONNE N° 1 EST LE RÉPONDANT, INSCRIRE SON SEXE ET SON ÂGE.	
SN_LIVH_NB_COF1	_____
a)	Quel lien la personne n° 2 a-t-elle avec vous (c'est-à-dire époux(se), parent, enfant, grand-parent, petit-enfant, etc.)
b)	Quel est le sexe de la personne n° 2?
c)	Quel âge a la personne n° 2?
RÉPÉTEZ LA SÉQUENCE DE QUESTIONS POUR TOUS LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE.	

Membre du ménage (HM)	Lien	Sexe	Âge	
HM#1	SN_LIVH_M1_R_COF1	Participant	SN_LIVH_M1_S_COF1	SN_LIVH_M1_A_COF1
HM#2	SN_LIVH_M2_R_COF1		SN_LIVH_M2_S_COF1	SN_LIVH_M2_A_COF1
HM#3	SN_LIVH_M3_R_COF1		SN_LIVH_M3_S_COF1	SN_LIVH_M3_A_COF1
HM#4	SN_LIVH_M4_R_COF1		SN_LIVH_M4_S_COF1	SN_LIVH_M4_A_COF1
HM#5	SN_LIVH_M5_R_COF1		SN_LIVH_M5_S_COF1	SN_LIVH_M5_A_COF1
HM#6	SN_LIVH_M6_R_COF1		SN_LIVH_M6_S_COF1	SN_LIVH_M6_A_COF1
HM#7	SN_LIVH_M7_R_COF1		SN_LIVH_M7_S_COF1	SN_LIVH_M7_A_COF1
HM#8	SN_LIVH_M8_R_COF1		SN_LIVH_M8_S_COF1	SN_LIVH_M8_A_COF1
HM#9	SN_LIVH_M9_R_COF1		SN_LIVH_M9_S_COF1	SN_LIVH_M9_A_COF1
HM#10	SN_LIVH_M10_R_COF1		SN_LIVH_M10_S_COF1	SN_LIVH_M10_A_COF1

SN_2	SN_CHILD_NB_COF1
[ALWAYS ASK]	
Combien d'enfants toujours vivants avez-vous (c'est-à-dire des enfants biologiques, adoptés ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint(e))?	
REMARQUE : Il est possible que certains participants ne considèrent pas les enfants de leur conjoint(e) comme leurs enfants. Dans ce cas, expliquez au participant que dans le cadre de ce questionnaire, nous comptons les enfants de leur conjoint comme étant leurs enfants. Demandez au participant d'inclure ces enfants lorsqu'il compte tous ses enfants vivants et à la question SN_5/SN_CHILDSTP_NB_COF1 (enfants d'une union précédente de votre conjoint(e)).	
SN_CHILD_NB_COF1	_____
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_3	SN_CHILDBIO_NB_COF1
[ASK IF SN_CHILD_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]	
Combien de ces enfants sont vos enfants biologiques?	
SN_CHILDBIO_NB_COF1	_____ MASK: MIN=00, MAX=[RECALL RESPONSE FROM SN_2]
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_4	SN_CHILDADP_NB_COF1
[ASK IF SN_CHILDBIO_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]	
Combien de ces enfants sont adoptés?	
SN_CHILDADP_NB_COF1	_____ MASK: MIN=00, MAX=[RECALL RESPONSE FROM SN_2]
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_5	SN_CHILDSTP_NB_COF1
[ASK IF SN_CHILDBIO_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]	
Combien de ces enfants sont les enfants d'une union précédente de votre conjoint(e)?	
SN_CHILDSTP_NB_COF1	_____ MASK: MIN=00, MAX=[RECALL RESPONSE FROM SN_2]
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_6	SN_DGHTRLIV_NB_COF1
[ASK IF SN_CHILDBIO_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]	
S'il y a lieu, combien avez-vous de filles encore en vie (c'est-à-dire des filles biologiques, adoptées ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint(e))?	
SN_DGHTRLIV_NB_COF1	_____ MASK: MIN=00, MAX=[RECALL RESPONSE FROM SN_2]
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_7	SN_SONLIV_NB_COF1
[ASK IF SN_CHILDBIO_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]	
S'il y a lieu, combien avez-vous de fils encore en vie (c'est-à-dire des fils biologiques, adoptés ou qui proviennent d'une union précédente de votre conjoint(e))?	
SN_SONLIV_NB_COF1	MASK: MIN=00, MAX=[RECALL RESPONSE FROM SN_2]
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_8	SN_SEECHILD_COF1
[ASK IF SN_DGHTRLIV_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED AND SN_SONLIV_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]	
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos enfants vivant à l'extérieur de votre domicile?	
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
WITHIN_LAST_DAY_TWO	01 Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	02 Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	03 Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	04 Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	05 Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	06 Il y a plus d'un an
NA_CHILD_IN_HOUSEHOLD	07 Sans objet, tous les enfants vivent dans le domicile
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

SN_9	SN_SIBLIV_NB_COF1
[ALWAYS ASK]	
S'il y a lieu, combien avez-vous de frères et sœurs encore en vie?	
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT	
SN_SIBLIV_NB_COF1	MASK: MIN=00, MAX=50
DK_NA	98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus

SN_10	SN_SEESIB_COF1	
[ASK IF SN_SIBLIV_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos frères et soeurs vivant à l'extérieur de votre domicile?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	01	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	02	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	03	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	04	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	05	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	06	Il y a plus d'un an
NA_SIB_IN_HOUSEHOLD	07	Sans objet, tous les frères et soeurs vivent dans le domicile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SN_11	SN_RELLIV_NB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Environ combien d'autres membres toujours vivants votre famille compte-t-elle (parents, grand-parents, petits-enfants, nièces, neveux, cousins, tantes, oncles)?		
REMARQUE : Cette question inclut la belle-famille du participant, c.-à-d. le beau-père, la belle-mère, la belle-sœur, le beau-frère (N'INCLUT PAS les parents du beau-père ou de la belle-mère, N'INCLUT PAS l'époux(se) ou les enfants du beau-frère ou de la belle-sœur).		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT		
SN_RELLIV_NB_COF1	MASK: MIN: 000, MAX=100	
DK_NA	998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	[NE PAS LIRE] Refus

SN_12	SN_SEEREL_COF1	
[ASK IF SN_RELLIV_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs des autres membres de votre famille vivant à l'extérieur de votre domicile?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	01	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	02	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	03	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	04	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	05	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	06	Il y a plus d'un an
NA_REL_IN_HOUSEHOLD	07	Sans objet, tous les membres de la famille vivent dans le domicile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SN_13	SN_FRND_NB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À l'exception des membres de votre famille, combien de personnes comptez-vous parmi vos amis proches, c'est-à-dire des personnes à qui vous pouvez vous confier et avec qui vous pouvez parler de sujets personnels?		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT		
SN_FRND_NB_COF1	MASK: MIN: MIN=00, MAX=90	
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

SN_14	SN_SEEFRND_COF1	
[ASK IF SN_FRND_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos amis proches vivant à l'extérieur de votre domicile?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	01	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	02	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	03	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	04	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	05	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	06	Il y a plus d'un an
NA_FRND_IN_HOUSEHOLD	07	Sans objet, aucun ami ne vit à l'extérieur du domicile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SN_15	SN_NEIBR_NB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Combien de vos voisins connaissez-vous?		
REMARQUE : POUR CETTE QUESTION, LES PARTICIPANTS DOIVENT DONNER UN NOMBRE PRÉCIS DE VOISINS QU'ILS CONNAISSENT PERSONNELLEMENT.		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT		
SN_NEIBR_NB_COF1	MASK: MIN: MIN=00, MAX=90	
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

SN_16	SN_SEENEIBR_COF1	
[ASK IF SN_NEIBR_NB_COF1 ≠ 0 OR REFUSED]		
Quand vous êtes-vous réunis pour la dernière fois avec un ou plusieurs de vos voisins?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
WITHIN_LAST_DAY_TWO	01	Hier ou avant-hier
WITHIN_LAST_WEEK_TWO	02	Cette semaine ou la semaine dernière
WITHIN_PAST_MONTH	03	Au cours du dernier mois
WITHIN_PAST_6_MONTHS	04	Au cours des derniers six mois
WITHIN_PAST_YEAR	05	Au cours de la dernière année
MORE_THAN_1_YEAR	06	Il y a plus d'un an
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SN_17	SN_OTH_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À l'exception des membres de votre famille, de vos amis proches et de vos voisins, combien d'autres personnes connaissez-vous personnellement (c'est-à-dire par leur nom)...		
LIRE LA LISTE, INSCRIRE LE NOMBRE EXACT POUR CHACUN, TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT		
SN_PERWSCH_NB_COF1	Au travail ou à l'école?	_____ MASK: MIN: MIN=000, MAX=100
DK_NA	998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	[NE PAS LIRE] Refus
SN_PERCOM_NB_COF1	Lors de vos activités communautaires ou de bénévolats au sein d'organismes?	_____ MASK: MIN: MIN=000, MAX=100
DK_NA	998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	[NE PAS LIRE] Refus
SN_PERACT_NB_COF1	Lors d'autres activités?	_____ MASK: MIN: MIN=000, MAX=100
DK_NA	998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	999	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

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

Nous nous tournons parfois vers les autres pour avoir de la compagnie, de l'aide ou une autre forme de soutien. Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? LIRE LA LISTE D'ÉNONCÉS, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
SSA_1	SSA_CONFBED_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous venir en aide si vous deviez garder le lit?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
SSA_2	SSA_NDTLK_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_3	SSA_CRISIS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous conseille en situation de crise?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_4	SSA_TYTDR_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_5	SSA_SHLOV_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_6	SSA_GOODT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui partager du bon temps?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_7	SSA_INFO_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_8	SSA_CONFID_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_9	SSA_HUGS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous serrer dans ses bras?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_10	SSA_RELAX_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui vous détendre?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_11	SSA_MEALS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_12	SSA_ADVCE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_13	SSA_MINDOFF_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui faire des activités pour vous distraire?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_14	SSA_CHORES_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_15	SSA_SHFEAR_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_16	SSA_SUGG_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_17	SSA_ENJOY_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne avec qui faire des choses agréables?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_18	SSA_PROBLM_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui comprend vos problèmes?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_19	SSA_LOVU_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désiré(e)?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR ÉNONCÉ		
NONE_TIME	01	Jamais
LITTLE_TIME	02	Rarement
SOME_TIME	03	Parfois
MOST_TIME	04	La plupart du temps
ALL_TIME	05	Tout le temps
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SSA_20	SSA_PET_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous un animal de compagnie?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

Les questions qui suivent portent sur vos activités sociales.

SPA_1	SPA_SOAC_COF1
[ALWAYS ASK]	
Lesquels de ces énoncés s'appliquent à vous?	
REMARQUE : CHOIX DE RÉPONSE N^o 1 – « JE LIS UN JOURNAL / QUOTIDIEN » – CELA INCLUT LES SITUATIONS OÙ LE PARTICIPANT NE LIT QUE L'ÉDITION DU SAMEDI D'UN QUOTIDIEN.	
LIRE CHAQUE ÉNONCÉ, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
SPA_SOAC_RNP_COF1	01 Je lis un journal / quotidien
SPA_SOAC_HY_COF1	02 J'ai un hobby ou un passe-temps
SPA_SOAC_HIC_COF1	03 J'ai pris des vacances au Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_HOC_COF1	04 J'ai pris des vacances à l'extérieur du Canada dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_DT_COF1	05 J'ai fait une excursion d'une journée ou une sortie dans les 12 derniers mois
SPA_SOAC_INT_COF1	06 J'utilise Internet ou un courriel
SPA_SOAC_VOT_COF1	07 J'ai voté lors des dernières élections fédérales, provinciales ou municipales
SPA_SOAC_NONE_COF1	96 Aucun de ces énoncés ne s'applique à moi
SPA_SOAC_DK_NA_COF1	98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
SPA_SOAC_REFUSED_COF1	99 [NE PAS LIRE] Refus

Activités communautaires

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

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

SPA_2	SPA_OUTS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Des activités familiales ou avec des amis à l'extérieur du ménage? LIRE SI NÉCESSAIRE – PAR EXEMPLE : DES ACTIVITÉS INFORMELLES ET FORMELLES COMME DES PETITES RENCONTRES SOCIALES, REPAS À L'EXTÉRIEUR DU MÉNAGE, MARIAGES OU RÉUNIONS.		
NOTES À L'INTERVIEWEUR : LES ACTIVITÉS DOIVENT AVOIR LIEU « DANS LA VRAIE VIE » ET À L'EXTÉRIEUR DU MÉNAGE, PLUTÔT QU'EN LIGNE.		
ONCE_DAY	01	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	02	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	03	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	04	Au moins une fois par an
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_3	SPA_CHRCH_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Des activités à l'église ou religieuses comme des services, des comités ou des chœurs		
ONCE_DAY	01	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	02	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	03	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	04	Au moins une fois par an
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_4	SPA_SPORT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Des sports ou des activités physiques que vous pratiquez avec d'autres personnes		
ONCE_DAY	01	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	02	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	03	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	04	Au moins une fois par an
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_5	SPA_EDUC_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Des activités éducatives et culturelles auxquelles participent d'autres personnes, comme assister à des cours, à des concerts ou aller au musée.		
ONCE_DAY	01	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	02	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	03	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	04	Au moins une fois par an
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_6	SPA_CLUB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Des activités organisées par un club social ou une société d'aide mutuelle		
LIRE SI NÉCESSAIRE – PAR EXEMPLE : CLUB LION, CHEVALIERS DE COLOMB, CLUB KIWANIS, LA LÉGION, LES FILLES D'ISABELLE, CLUB D'ÂGE D'OR, ETC.		
ONCE_DAY	01	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	02	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	03	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	04	Au moins une fois par an
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_7	SPA_NEIBR_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Des activités d'une association communautaire, de quartier ou d'une association professionnelle		
ONCE_DAY	01	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	02	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	03	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	04	Au moins une fois par an
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_8	SPA_VOLUN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Des activités bénévoles ou de bienfaisance		
ONCE_DAY	01	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	02	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	03	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	04	Au moins une fois par an
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_9	SPA_OTACT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Toute autre activité récréative à laquelle d'autres personnes participent comme les passe-temps, le jardinage, le poker, le bridge, les jeux de cartes et d'autres jeux		
NOTES À L'INTERVIEWEUR : LES ACTIVITÉS DOIVENT AVOIR LIEU « DANS LA VRAIE VIE » ET À L'EXTÉRIEUR DU MÉNAGE, PLUTÔT QU'EN LIGNE.		
ONCE_DAY	01	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	02	Au moins une fois par semaine
ONCE_MONTH	03	Au moins une fois par mois
ONCE_YEAR	04	Au moins une fois par an
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_10	SPA_MORAC_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu envie de participer davantage à des activités sociales, récréatives ou de groupe?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SPA_11	SPA_PREVAC_COF1	
[ASK IF SPA_MORAC_COF1 = YES]		
Qu'est-ce qui vous a empêché(e) de participer à davantage d'activités sociales, récréatives ou de groupe?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
SPA_PREVAC_CO_COF1	01	Coût
SPA_PREVAC_TP_COF1	02	Problèmes de transport
SPA_PREVAC_ANA_COF1	03	Activités non disponibles dans la région
SPA_PREVAC_LNA_COF1	04	Endroit physiquement inaccessible
SPA_PREVAC_TF_COF1	05	Endroit trop éloigné
SPA_PREVAC_HC_COF1	06	Problème de santé
SPA_PREVAC_TI_COF1	07	Horaire des activités ne convient pas
SPA_PREVAC_GA_COF1	08	Ne veux pas y aller seul(e)
SPA_PREVAC_PR_COF1	09	Responsabilités personnelles ou familiales
SPA_PREVAC_LRR_COF1	10	Raisons liées à la langue
SPA_PREVAC_TB_COF1	11	Trop occupé(e)
SPA_PREVAC_AF_COF1	12	Crainte ou préoccupation concernant la sécurité
SPA_PREVAC_GR_COF1	13	Deuil
SPA_PREVAC_WH_COF1	14	Conditions météorologiques
SPA_PREVAC_MO_COF1	15	Manque de motivation, d'organisation ou d'information
SPA_PREVAC_RL_COF1	16	Déménagement ou voyage
SPA_PREVAC_ANS_COF1	17	Activité inintéressantes/ non convenables
SPA_PREVAC_SC_COF1	18	Barrières sociales (rejet, gêne, intimidation, etc.)
SPA_PREVAC_OT_COF1	97	Autre
SPA_PREVAC_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
SPA_PREVAC_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
SPA_11b	SPA_PREVAC_OTSP_COF1	
[ASK IF SPA_PREVAC_COF1= SPA_PREVAC_OT_COF1]		
Participation « Autre » Précisez		
SPA_PREVAC_OTSP_COF1	01	

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

SPA_12	SPA_COHES_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? Diriez-vous qu'il est...?		
VERY_STRONG	01	Très fort
SOMEWHAT_STRONG	02	Plutôt fort
SOMEWHAT_WEAK	03	Plutôt faible
VERY_WEAK	04	Très faible
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

Capacités fonctionnelles (FUL) – (visite à domicile/par téléphone)

Aperçu	L'objectif de ces questions est de connaître le degré de mobilité des personnes vieillissantes lors des activités de la vie quotidienne.
---------------	--

FUL_1	FUL_SHLD_COF1
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous de la difficulté à atteindre des objets ou à étendre vos bras au-dessus de vos épaules?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
UNABLE	03 Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04 Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

FUL_1a	FUL_SHLDDG_COF1
[ASK IF FUL_SHLD_COF1 = YES]	
Diriez-vous que cette tâche est...	
LITTLE_DIFFICULT	01 Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02 Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03 Très difficile
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

FUL_2	FUL_STOOP_COF1
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous de la difficulté à vous pencher, à vous accroupir ou à vous agenouiller?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
UNABLE	03 Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04 Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

FUL_2a	FUL_STOOPDG_COF1	
[ASK IF FUL_STOOP_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_3	FUL_PUSH_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à pousser ou à tirer de gros objets comme un fauteuil?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_3a	FUL_PUSHDG_COF1	
[ASK IF FUL_PUSH_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_4	FUL_LFT10_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à soulever des objets de 10 livres (ou 4,5 kg), comme un sac d'épicerie lourd?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_4a	FUL_LFT10DG_COF1	
[ASK IF FUL_LFT10_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_5	FUL_HDLG_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à manipuler des petits objets, comme saisir une pièce de monnaie sur la table?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_5a	FUL_HDLGDG_COF1	
[ASK IF FUL_HDLG_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_6	FUL_ST15_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à rester debout pendant un long moment, environ 15 minutes?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_6a	FUL_ST15DG_COF1	
[ASK IF FUL_ST15_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_7	FUL_SIT1H_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à rester assis(e) pendant un long moment, disons une heure?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_7a	FUL_SIT1HDG_COF1	
[ASK IF FUL_SIT1H_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_8	FUL_STDUP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous lever après avoir été assis(e) sur une chaise?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_8a	FUL_STDUPDG_COF1	
[ASK IF FUL_STDUP_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_9	FUL_FSTR_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à monter et descendre les escaliers seul(e)?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_9a	FUL_FSTRDG_COF1	
[ASK IF FUL_FSTR_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_10	FUL_WK23B_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à marcher 2 à 3 pâtés de maisons?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_10a	FUL_WK23BDG_COF1	
[ASK IF FUL_WK23B_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_11	FUL_MKBED_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à faire un lit?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_11a	FUL_MKBEDDG_COF1	
[ASK IF FUL_MKBED_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_12	FUL_WSHBK_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous laver le dos?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_12a	FUL_WSHBKDG_COF1	
[ASK IF FUL_WSHBK_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_13	FUL_KNCUT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à utiliser un couteau pour couper vos aliments?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_13a	FUL_KNCUTDG_COF1	
[ASK IF FUL_KNCUT_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_14	FUL_FORC_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à faire des activités récréatives ou un travail dans lesquels vos bras, vos épaules ou vos mains doivent amortir une force ou un impact (par exemple, jouer au golf, manipuler un marteau, jouer au tennis, taper à l'ordinateur, etc.)?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
UNABLE	03	Incapable de le faire
DOCTORS_ORDERS	04	Ne le fait pas selon les directives d'un médecin
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_14a	FUL_FORCDG_COF1	
[ASK IF FUL_FORC_COF1 = YES]		
Diriez-vous que cette tâche est...		
LITTLE_DIFFICULT	01	Un peu difficile
SOMEWHAT_DIFFICULT	02	Plutôt difficile
VERY_DIFFICULT	03	Très difficile
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FUL_END

SALLE DE MESURES 2

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

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

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

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

Vision – Acuité visuelle – (visite régulière/abrégée)

Vision –Tonométrie – (visite régulière/abrégée)

Vision - Caméra rétinienne – (visite régulière/abrégée)

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

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

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

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

NUR_1	NUR_GLSWT_COF1
[ALWAYS ASK]	
Comparativement à il y a six mois, avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé à peu près le même poids?	
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES SAUF SI GARDÉ À PEU PRÈS LE MÊME POIDS, NE SAIT PAS / PAS DE RÉPONSE ou REFUS	
GAINED	01 Pris du poids
LOST	02 Perdu du poids
SAME	03 Gardé à peu près le même poids
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

NUR_2a	NUR_WTL_COF1
[ASK IF NUR_GLSWT_COF1 = LOST]	
Quelle a été votre PERTE de poids au cours <u>des derniers six mois</u> ?	
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
MORE_10_LB	01 Plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos)
6_10_LB	02 De six à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kilos)
ABOUT_5_LB	03 Environ cinq livres (environ 2,3 kilos)
LESS_5_LB	04 Moins de cinq livres (moins de 2,3 kilos)
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

NUR_2b	NUR_WTG_COF1	
[ASK IF NUR_GLSWT_COF1 = GAINED]		
Quelle a été votre GAIN de poids au cours <u>des derniers six mois</u> ?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MORE_10_LB	01	Plus de 10 livres (plus de 4,5 kilos)
6_10_LB	02	De six à 10 livres (de 2,7 à 4,5 kilos)
ABOUT_5_LB	03	Environ cinq livres (environ 2,3 kilos)
LESS_5_LB	04	Moins de cinq livres (moins de 2,3 kilos)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_3	NUR_SKPMLS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
En général, à quelle fréquence sautez-vous des repas?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST_EVERY_DAY	01	Presque tous les jours
OFTEN	02	Souvent
SOMETIMES	03	Parfois
RARELY	04	Rarement
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_4	NUR_APPTT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
En général, comment décririez-vous votre appétit? Diriez-vous qu'il est...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
VERY_GOOD	01	Très bon
GOOD	02	Bon
FAIR	03	Passable
POOR	04	Peu d'appétit
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_5	NUR_SWLLFD_COF1	
[ALWAYS ASK]		
En général, à quelle fréquence tousez-vous, vous étouffez-vous ou éprouvez-vous de la douleur en avalant de la nourriture ou des liquides? Diriez-vous...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	01	Souvent
SOMETIMES	02	Parfois
RARELY	03	Rarement
NEVER	04	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_6	NUR_FRTVEG_COF1	
[ALWAYS ASK]		
En général, combien de portions de fruits et de légumes mangez-vous chaque jour?		
CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : LES FRUITS ET LES LÉGUMES PEUVENT ÊTRE EN CONSERVE, FRAIS, SURGELÉS OU EN JUS NATUREL À 100%. UNE PORTION REPRÉSENTE... :		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE LÉGUMES ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE LÉGUMES FEUILLUS CUITS ▪ 250 ml (1 tasse) DE LÉGUMES FEUILLUS CRUS ▪ UN FRUIT OU ▪ 125 ml (1/2 tasse) DE FRUITS SURGELÉS OU EN CONSERVES OU 125 ml (1/2 tasse) DE JUS NATUREL À 100% 		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SEVEN_OR_MORE	01	Sept ou plus
SIX	02	Six
FIVE	03	Cinq
FOUR	04	Quatre
THREE	05	Trois
TWO	06	Deux
LESS_TWO	07	Moins de deux
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_7	NUR_DRKFLD_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Quelle quantité de liquide buvez-vous en une journée?		
CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : COMPREND L'EAU, LE THÉ, LE CAFÉ, LES BREUVAGES AUX HERBES, LES JUS NATURELS À 100%, LES BOISSONS À SAVEUR DE FRUITS, LE LAIT ET LES BOISSONS GAZEUSES, À L'EXCLUSION DE L'ALCOOL. UNE TASSE REPRÉSENTE 8 ONCES OU 250 ML.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EIGHT_OR_MORE	01	Huit tasses ou plus
FIVE_SEVEN	02	Cinq à sept tasses
THREE_FOUR	03	Trois ou quatre tasses
TWO	04	Environ deux tasses
LESS_TWO	05	Moins de deux tasses
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_8	NUR_MLSMN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence prenez-vous au moins un repas chaque jour en compagnie d'une autre personne?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ALMOST_EVERY_DAY	01	Presque toujours
OFTEN	02	Souvent
SOMETIMES	03	Parfois
RARELY	04	Rarement
NEVER	05	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_9	NUR_CKMEALS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Cuisinez-vous habituellement vos propres repas?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_10	NUR_MLPREP_COF1	
[ASK IF NUR_CKMEALS_COF1 = YES]		
Quelle affirmation correspond le mieux à votre attitude face à la préparation de vos repas?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
ENJOY_COOKING	01	J'aime cuisiner la plupart de mes repas
SOMETIMES_COOKING_CHORE	02	Parfois, cuisiner est un fardeau pour moi
USUALLY_COOKING_CHORE	03	Cuisiner est habituellement un fardeau pour moi
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NUR_11	NUR_MLPREP_OTH_COF1	
[ASK IF NUR_CKMEALS_COF1 = NO]		
Quelle affirmation correspond le mieux à votre attitude face aux repas préparés pour vous?		
CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : COMPREND LES MEMBRES DE LA FAMILLE, LES AMIS(ES) ET LES SERVICES DE REPAS PRÉPARÉS.		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
SATISFIED	01	Je suis <u>satisfait(e)</u> de la qualité des repas préparés par d'autres
NOT_SATISFIED	02	Je ne suis <u>pas satisfait(e)</u> de la qualité des repas préparés par d'autres
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

Consommation de plats préparés en restauration rapide
--

NUR_12	NUR_FASTFD_NB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
En moyenne, combien de fois au cours du dernier mois avez-vous mangé des plats préparés ou des plats à emporter dans des chaînes de restauration rapide (sur place, plats à emporter ou livrés à la maison)?		
REMARQUE : LE TERME « RESTAURATION RAPIDE » RÉFÈRE À DES RESTAURANTS COMME MCDONALD'S, PFK, BURGER KING, ETC. OÙ LA NOURRITURE EST COMMANDÉE À UN COMPTOIR ET SERVIE SUR UN CABARET OU POUR EMPORTER. LE TERME NE RENVOIE PAS À D'AUTRES TYPES DE RESTAURANTS.		
TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT		
NUR_FASTFD_NB_COF1	MASK: MIN: MIN=00, MAX=50	
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

Sécurité alimentaire

NUR_13	NUR_NOTENFD_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de manger moins que vous l'auriez souhaité parce que vous n'aviez pas assez d'argent pour acheter de la nourriture?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

Consommation de café et de thé

NUR_14	NUR_BEV_NB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Pour chacun des breuvages suivants, combien de tasses buvez-vous chaque jour? Une tasse équivaut à 8 onces ou 250 ml.		
LIRE CHAQUE BREUVAGE, TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT DE TASSES PAR JOUR POUR CHAQUE BREUVAGE		
NUR_RCOFF_NB_COF1	Café régulier	_____ MASK: MIN: MIN=00, MAX=10
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus
NUR_DCOFF_NB_COF1	Café décaféiné	_____ MASK: MIN: MIN=00, MAX=10
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus
NUR_BTEA_NB_COF1	Thé noir	_____ MASK: MIN: MIN=00, MAX=10
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus
NUR_GTEA_NB_COF1	Thé vert	_____ MASK: MIN: MIN=00, MAX=10
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus
NUR_OTEA_NB_COF1	Autre thé	_____ MASK: MIN: MIN=00, MAX=10
DK_NA		98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED		99 [NE PAS LIRE] Refus

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

Aperçu	<p>Ce module porte sur la douleur et les malaises.</p> <p>Importance du module : savoir si le participant éprouve de la douleur ou des malaises. Ce module évalue également l'impact de la douleur et des malaises sur la qualité de vie du participant.</p>
---------------	---

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

HUP_1	HUP_FREE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Habituellement, êtes-vous sans douleurs ou malaises?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HUP_2	HUP_INTNSTY_COF1	
[ASK IF HUP_FREE_COF1 = NO]		
Comment décririez-vous l'intensité des douleurs ou des malaises que vous ressentez généralement? Diriez-vous qu'elle est faible, moyenne ou forte?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
MILD	01	Faible
MODERATE	02	Moyenne
SEVERE	03	Forte
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HUP_3	HUP_PRVACT_COF1	
[ASK IF HUP_FREE_COF1 = NO]		
Combien d'activités vos douleurs ou vos malaises vous empêchent-ils de faire? Diriez-vous aucune, quelques-unes, plusieurs ou la plupart?		
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
NONE	01	Aucune
A_FEW	02	Quelques-unes
SOME	03	Plusieurs
MOST	04	La plupart
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

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

VIS_01	VIS_SGHT_COF1		
[ALWAYS ASK]			
Diriez-vous que votre vision (avec vos lunettes ou verres de contact si vous en utilisez) est...			
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE			
EXCELLENT	01	Excellente	
VERY_GOOD	02	Très bonne	
GOOD	03	Bonne	
FAIR	04	Passable	
POOR	05	Mauvaise ou nulle (nulle = aveugle)	
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus	

VIS_02	VIS_AID_COF1		
[ALWAYS ASK]			
Mis à part les lunettes ou les verres de contact, est-ce que vous utilisez des aides ou des appareils spécialisés pour les personnes aveugles ou ayant une déficience visuelle, par exemple, des loupes ou du matériel de lecture en braille?			
YES	01	Oui	
NO	02	Non	
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus	

VIS_03	VIS_USE_COF1	
[ASK IF VIS_AID_COF1 = YES]		
Est-ce que vous utilisez actuellement...		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
VIS_USE_MG_COF1	01	Des loupes
VIS_USE_BR_COF1	02	Du matériel de lecture en braille
VIS_USE_LG_COF1	03	Du matériel de lecture en gros caractères
VIS_USE_TK_COF1	04	Des livres parlants
VIS_USE_RC_COF1	05	Du matériel d'enregistrement ou appareil portable de prise de notes
VIS_USE_CC_COF1	06	Une télévisionneuse en circuit fermé
VIS_USE_CP_COF1	07	Un lecteur de livres numériques, un ordinateur avec braille, reconnaissance vocale ou grossissement de l'affichage
VIS_USE_CN_COF1	08	Une canne blanche
VIS_USE_DG_COF1	09	Un chien-guide
VIS_USE_OT_COF1	97	Une autre aide
VIS_USE_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
VIS_USE_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
VIS_03b	VIS_USE_OTSP_COF1	
[ASK IF VIS_USE_COF1 = VIS_USE_OT_COF1]		
Une autre aide veuillez préciser		
VIS_USE_OTSP_COF1	01	

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

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

HRG_01	HRG_HRG_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Diriez-vous que votre audition (avec votre appareil auditif si vous en utilisez un) est...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
EXCELLENT	01	Excellente
VERY_GOOD	02	Très bonne
GOOD	03	Bonne
FAIR	04	Passable
POOR	05	Mauvaise
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HRG_02	HRG_NOIS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à suivre une conversation si vous êtes en présence de bruits ambiants tels que la télévision, la radio ou des enfants qui jouent même si vous utilisez votre appareil auditif?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HRG_03	HRG_AID_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Est-ce que vous utilisez des aides, appareils ou services spécialisés destinés aux personnes sourdes ou malentendantes, par exemple, un téléphone à volume réglable ou un décodeur?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HRG_04	HRG_USE_COF1	
[ASK IF HRG_AID_COF1 = YES]		
Est-ce que vous utilisez actuellement...		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
HRG_USE_AID_COF1	01	Un appareil auditif
HRG_USE_CP_COF1	02	Un ordinateur pour communiquer (p.ex. courriel ou groupe de discussion)
HRG_USE_VL_COF1	03	Un téléphone à volume réglable
HRG_USE_TTY_COF1	04	Un ATS ou ATME
HRG_USE_MSG_COF1	05	Un service de relais des appels
HRG_USE_PH_COF1	06	D'autres appareils adaptés au téléphone (p.ex. clignotants, écouteurs)
HRG_USE_CC_COF1	07	Un décodeur de sous-titrage intégré ou non à un téléviseur
HRG_USE_AP_COF1	08	Un système d'amplification (p.ex. M.F, acoustique ou infrarouge, écouteurs)
HRG_USE_VS_COF1	09	Des alarmes visuelles ou vibrantes
HRG_USE_CO_COF1	10	Un implant cochléaire
HRG_USE_OT_COF1	97	Une autre aide
HRG_USE_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
HRG_USE_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
HRG_04b	HRG_USE_OTSP_COF1	
[ASK IF HRG_USE_COF1 = HRG_USE_OT_COF1]		
Une autre aide veuillez préciser		
HRG_USE_OTSP_COF1	01	

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

Pour les questions suivantes, répondez « Oui », « Quelques fois » ou « Non ».

Intervieweur NE PAS LIRE : Lorsque vous aurez terminé, attribuez une valeur numérique à votre réponse en vous basant sur cette clé d'interprétation :

Oui = 4	Quelques fois = 2	Non = 0
---------	-------------------	---------

[ALWAYS ASK]				
		OUI	QUELQUES FOIS	NON
HRG_PROB_EMBA_COF1	Quand vous rencontrez de nouvelles personnes, vous sentez-vous mal à l'aise à cause d'un problème d'audition?			
HRG_PROB_FRST_COF1	Quand vous parlez aux membres de votre famille, vous sentez-vous frustré(e) à cause d'un problème d'audition?			
HRG_PROB_DIFF_COF1	Avez-vous de la difficulté à entendre quand quelqu'un parle à voix basse?			
HRG_PROB_HACP_COF1	Vous sentez-vous handicapé(e) par un problème d'audition?			
HRG_PROB_VIST_COF1	Quand vous visitez des amis, des parents ou des voisins, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?			
HRG_PROB_MEET_COF1	Assistez-vous moins souvent que vous le voudriez à des réunions, des rencontres ou à des offices religieux à cause d'un problème d'audition?			
HRG_PROB_ARGU_COF1	Vous arrive-t-il de vous disputer avec des membres de votre famille à cause d'un problème d'audition?			
HRG_PROB_LSTN_COF1	Quand vous écoutez la télévision ou la radio, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?			
HRG_PROB_LIFE_COF1	Avez-vous l'impression qu'une difficulté d'audition limite ou gêne votre vie personnelle ou sociale?			
HRG_PROB_FRND_COF1	Quand vous êtes au restaurant avec des parents ou des amis, un problème d'audition vous cause-t-il des difficultés?			

Vision – camera rétinienne – (visite régulière/abrégée)

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

SALLE D'ENTREVUE 2

Batterie neuropsychologique

Tâche de mémoire prospective en fonction du temps (TMT) – (visite régulière/à domicile)

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

Maintenant, je vais vous demander d'accomplir certaines tâches qui font appel à la mémoire et à la concentration.

1.	TMT_INST_COF1
INSTRUCTIONS: Trial 1	
[ALWAYS ASK]	
<p>Montrez l'horloge indiquant 8 h 00 au sujet. Pointez l'horloge et dites : « Quelle heure est-il sur cette horloge? »</p> <p>Si le sujet répond correctement, répondez à la question « Le sujet a-t-il/elle répondu correctement à tous les essais pratiques? » et passez à l'étape 2.</p> <p>Si le sujet ne répond pas correctement, dites : « L'horloge indique 8 h 00 ». Mettez l'horloge à 3 h 00, 12 h 15, 12 h 30 et 8 h 00. Chaque fois, demandez au sujet : « Quelle heure est-il? » Si le sujet échoue un de ces essais, arrêtez le test.</p>	

TMT_P1	TMT_PASS_COF1
[ALWAYS ASK]	
Le sujet a-t-il/elle répondu correctement à tous les essais pratiques?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF TMT_PASS_COF1 ≠ YES SKIP TO TMT END]</i>	

	TMT_INST1_COF1
[ASK IF TMT_PASS_COF1 = YES]	

<p>2. Préparez l'enveloppe avec les cartes numérotées 28, 14, 17, 13, 11 et dites au sujet : « Quand cette horloge indiquera 8 h 15, je veux que vous nous interrompiez peu importe ce que nous faisons et que vous me demandiez de vous donner cette enveloppe (montrez l'enveloppe au sujet). Je veux que vous ouvriez l'enveloppe (ouvrez l'enveloppe pour montrer au sujet comment l'ouvrir, puis placez les cartes numérotées sur le bureau, les numéros vers le sujet, aléatoirement sans le arranger en ordre croissant ou décroissant) et que vous me donniez la carte numéro 17. » (Choisissez la carte numéro 17 et prenez-la comme si vous vous la donniez.) Mélangez les cartes et remettez-les dans l'enveloppe. Informez le patient que vous allez répéter les instructions une fois de plus en disant « Je vais répéter les instructions. Quand l'horloge indiquera 8 h 15 ... » Lors de la deuxième répétition des instructions, présentez les cartes dans un ordre différent de la première présentation.</p>
<p>3. La carte numéro 17 ne peut pas être la première carte à sortir de l'enveloppe.</p>
<p>4. Pour vérifier que le sujet a bien compris les instructions, dites « Pouvez-vous me répéter ce que vous devez faire? » Si le sujet répète les instructions correctement, dites « C'est bien. » Si le sujet fait une erreur, répétez les instructions en vous assurant qu'il/elle connaît bien l'heure visée (8 h 15), la demande qu'il/elle doit vous faire (donnez-moi l'enveloppe) et l'action à initier (prendre la carte numéro 17 et la donner à l'intervieweur).</p>
<p>[CONTINUE]</p>

4a	TMT_TST_COF1
[ASK IF TMT_PASS_COF1 = YES]	
INTERVIEWEUR : Le participant peut-il faire le test?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
<i>[IF TMT_TST_COF1 = REFUSED SKIP TO TMT END, IF TMT_TST_COF1 = YES SKIP TO TMT_TST_INST2_COF1]</i>	

4b.	TMT_FCT_COF1
[ASK IF TMT_TST_COF1 = NO, DK_NA]	
INTERVIEWEUR : Quels sont les facteurs qui ont pu nuire au rendement du répondant au test?	
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
TMT_FCT_UND_COF1	01 Difficulté de compréhension du français / anglais
TMT_FCT_PHYS_COF1	02 Handicap physique, tel que difficulté à entendre
TMT_FCT_DIST_COF1	03 Distraction ou milieu bruyant
TMT_FCT_CONC_COF1	04 Difficulté de concentration / problèmes de mémoire
TMT_FCT_AID_COF1	05 Aide utilisée
TMT_FCT_TECH_COF1	06 Difficultés techniques avec l'ordinateur portatif
TMT_FCT_OT_COF1	97 Autre

[IF TMT_FCT_COF1 ≠ TMT_FCT_OT_COF1 SKIP TO TMT END]		
4c	TMT_FCT_OTSP_COF1	
[ASK IF TMT_FCT_COF1 = TMT_FCT_OT_COF1]		
Autre (veuillez préciser : _____)		
TMT_FCT_OTSP_COF1		
[SKIP TO PMT END]		
	TMT_TST_INST2_COF1	
[ASK IF TMT_TST_COF1 = YES]		
5. Placez l'enveloppe hors de portée de main du sujet, mais dans son champ de vision pendant qu'il/elle fait les autres tâches. Remettez l'horloge à 8 h 00. Déposez-la sur la table entre le sujet et vous, à gauche ou à droite de la surface de travail pour que le sujet puisse bien voir l'heure. Surveillez le temps, mais ne regardez jamais l'horloge pour ne pas donner d'indice au sujet.		
INTERVIEWEUR: SI UN PARTICIPANT FAIT LA TÂCHE SANS AVOIR BESOIN D'INDICES, CHOISISSEZ LA RÉPONSE « SANS OBJET » AUX QUESTIONS TMT_1, TMT_2 ET TMT_3.		
6. Si le sujet n'a pas réagi à 8 h 19, interrompez ce qu'il/elle fait et commencez à lui donner des indices de façon progressive tel qu'indiqué à la page suivante.		
[CONTINUE]		
TMT_1	TMT_DOTIM_COF1	
[ASK IF TMT_TST_COF1 = YES]		
INTERVIEWEUR : SI LE SUJET N'A PAS RÉAGI À 8 H 19, INTERROMPEZ CE QU'IL/ELLE FAIT ET COMMENCEZ À LUI DONNER DES INDICES DE FAÇON PROGRESSIVE EN DISANT :		
Vous deviez m'interrompre quand l'horloge indiquait 8 h 15 et faire quelque chose. Savez-vous ce que c'était?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
NOT_APPLICABLE	07	[NE PAS LIRE] Sans objet
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus
[IF TMT_DOTIM_COF1 = NO, or NOT_APPLICABLE SKIP TO TMT_DOENV_COF1, IF TMT_DOTIM_COF1 = REFUSED SKIP TO TMT END]		
TMT_1a	TMT_DOTIM_REP_COF1	
[ASK IF TMT_DOTIM_COF1 = YES]		
INTERVIEWEUR : DEMANDEZ AU SUJET DE RÉPÉTER LES INSTRUCTIONS ET DE FAIRE LES TÂCHES		
Le sujet a-t-il/elle répété les instructions et fait les tâches correctement?		
YES	01	Oui
NO	02	Non

[IF TMT_DOTIM_REP_COF1 = YES SKIP TO TMT_ITPEXACT_COF1]

TMT_1b1	TMT_DOTIM_OBS_COF1
[ASK IF TMT_DOTIM_REP_COF1 = NO]	
OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :	

[CONTINUE]	

TMT_2	TMT_DOENV_COF1
[ASK IF TMT_DOTIM_REP_COF1 = NO, or TMT_DOTIM_COF1 = NOT APPLICABLE OR NO]	
Vous deviez me demander de vous donner cette enveloppe (montrer l'enveloppe au sujet) et puis faire quelque chose. Savez-vous ce que c'était?	
NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE SUJET A RÉPÉTÉ LES INSTRUCTIONS ET FAIT LES TÂCHES EN LIEN AVEC L'ENVELOPPE CORRECTEMENT, RÉPONDEZ « OUI » SANS LIRE LA QUESTION.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
NOT_APPLICABLE	07 [NE PAS LIRE] Sans objet
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus
[IF TMT_DOENV_COF1 = YES OR NOT_APPLICABLE SKIP TO TMT_DOCARD_COF1, IF TMT_DOENV_COF1 = REFUSED SKIP TO TMT END]	

TMT_2b1	TMT_DOENV_OBS_COF1
[ASK IF TMT_DOENV_COF1 = NO]	
OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :	

[CONTINUE]	

TMT_3	TMT_DOCARD_COF1
[ASK IF TMT_DOENV_COF1 ≠ REFUSED]	
Vous deviez faire quelque chose avec les cartes dans cette enveloppe (donner l'enveloppe au sujet). Savez-vous ce que c'était?	
NOTE À L'INTERVIEWEUR : SI LE SUJET A RÉPÉTÉ LES INSTRUCTIONS ET FAIT LES TÂCHES EN LIEN AVEC LES CARTES CORRECTEMENT, RÉPONDEZ « OUI » SANS LIRE LA QUESTION.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
NOT_APPLICABLE	07 [NE PAS LIRE] Sans objet
REFUSED	99 [NE PAS LIRE] Refus
[IF TMT_DOCARD_COF1 = REFUSED SKIP TO TMT END, IF TMT_DOCARD_COF1 YES OR NOT APPLICABLE SKIP TO = TMT_ITPEXACT_COF1]	

TMT_3b1	TMT_DOCARD_OBS_COF1
[ASK IF TMT_DOCARD_COF1 = NO]	
OBSERVATIONS OU COMMENTAIRES SUR LE COMPORTEMENT :	
<hr/> <hr/>	
[CONTINUE]	

TMT_4	TMT_ITPEXACT_COF1
[ASK IF TMT_DOCARD_COF1 ≠ REFUSED, OR TMT_DOTIM_REP_COF1 = YES]	
INTERVIEWEUR : INTENTION D'AGIR:	
INTERRUPT_EXACT	(score = 3) : Le sujet interrompt l'intervieweur à 8 h 15 exactement.
INTERRUPT_2MIN	(score = 2) : Le sujet interrompt l'intervieweur avec ± 2 minutes de différence avec le temps visé de 8 h 15 (c.-à-d. entre 8 h 13 et 8 h 17).
INTERRUPT_4MIN	(score = 1) : Le sujet interrompt l'intervieweur avec ± 4 minutes de différence avec le temps visé de 8 h 15 (c.-à-d. entre 8 h 11 et 8 h 19).
INTERRUPT_MORE_4MIN	(score = 0) : Le sujet n'interrompt pas l'intervieweur avant 8 h 19 ou interrompt l'intervieweur plus de 4 minutes avant l'heure visée de 8 h 19 (c.-à-d avant 8 h 11).
[CONTINUE]	

TMT_5	TMT_ACC_COF1
[ASK IF TMT_DOCARD_COF1 ≠ REFUSED, OR TMT_DOTIM_REP_COF1 = YES]	
INTERVIEWEUR : PRÉCISION DE LA RÉPONSE :	
THREE_ACTIONS	(score = 3) : Le sujet fait correctement les trois actions voulues : demander l'enveloppe, donner la carte à l'intervieweur, la carte a le numéro 17.
TWO_ACTIONS	(score = 2) : Le sujet fait correctement deux des trois actions voulues : demander l'enveloppe, donner la carte à l'intervieweur, la carte a le numéro 17.
ONE_ACTION	(score = 1) : Le sujet fait correctement une des trois actions voulues : demander l'enveloppe, donner la carte à l'intervieweur, la carte a le numéro 17.
NO_ACTION	(score = 0) : Le sujet ne fait aucune des trois actions voulues correctement : demander l'enveloppe, donner la carte à l'intervieweur, la carte a le numéro 17.
[CONTINUE]	

TMT_6	TMT_RMD_COF1
[ASK IF TMT_DOCARD_COF1 ≠ REFUSED, OR TMT_DOTIM_REP_COF1 = YES]	
INTERVIEWEUR : BESOIN DE RAPPELS :	
NO_REMINDERS	(score = 3) : N'a pas eu besoin de rappel.
ONE_REMINDER	(score = 2) : A eu besoin d'un seul des rappels.
TWO_REMINDERS	(score = 1) : A eu besoin de deux des rappels
THREE_REMINDERS	(score = 0) : A eu besoin des trois rappels. Inscrivez le score de 0 peu importe si le résultat final (c.-à-d. choisir la carte numéro 17 après le troisième rappel) est correct ou non.
<i>[IF TMT_RMD_COF1 = NO REMINDER OR THREE REMINDERS SKIP TO TMT END, IF TMT_RMD_COF1 = TWO_REMINDERS SKIP TO TMT_RMDTWO_SP1_COF1]</i>	

TMT_6a	TMT_RMDONE_SP_COF1
[ASK IF TMT_RMD_COF1 = ONE_REMINDER]	
Précisez quel rappel a été donné : _____	
<i>[SKIP TO TMT END]</i>	

TMT_6b	TMT_RMDTWO_SP1_COF1
[ASK IF TMT_RMD_COF1 = TWO_REMINDERS]	
Précisez quels rappels ont été donnés : _____	
TMT_RMDTWO_SP2_COF1	
Précisez quels rappels ont été donnés : _____	
TMT END	

Problèmes de santé chroniques (CCC)

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

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

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

CCC_01	CCC_HEART_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)?		
REMARQUE : L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CONGESTIVE EST UNE MALADIE DU CŒUR QUI SURVIENT LORSQUE LE CŒUR NE PEUT PLUS POMPER ASSEZ DE SANG AU CORPS.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_1a	CCC_HEARTAGE_COF1	
[ASK IF CCC_HEART_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC)?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDEZ DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_HEARTAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_HEARTAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_1b	CCC_HEARTCHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_HEART_COF1 = NO AND CCC_HEART_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'une maladie du cœur (y compris d'insuffisance cardiaque congestive ou ICC). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_1b	CCC_HEARTCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_HEARTCHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_HEARTCHANGE_SP_COF1		
CCC_02	CCC_PVD_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie vasculaire périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes?		
REMARQUE : UNE MALADIE VASCULAIRE PÉRIPHÉRIQUE SURVIENT LORSQU'IL Y A UN RÉTRÉCISSEMENT OU UN DURCISSEMENT DES ARTÈRES QUI TRANSPORTENT LE SANG AUX BRAS, AUX JAMBES, AUX MAINS ET AUX PIEDS, AINSI QU'À LA TÊTE, AU COU ET AU CERVEAU.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_2a	CCC_PVDAGE_COF1	
[ASK IF CCC_PVD_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une maladie vasculaire périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_PVDAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_PVDAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_2b	CCC_PVD_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_PVD_COF1 = NO AND CCC_PVD_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez une maladie vasculaire périphérique ou une mauvaise circulation sanguine dans vos bras ou vos jambes. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_2b	CCC_PVDCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_PVD_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_PVDCHANGE_SP_COF1		

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

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

CCC_03	CCC_MEMPB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_3a	CCC_MEMPBAGE_COF1	
[ASK IF CCC_MEMPB_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de problèmes de mémoire?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_MEMPBAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_MEMPBAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_3b	CCC_MEMPB_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_MEMPB_COF1 = NO AND CCC_MEMPB_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de problèmes de mémoire. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_3b	CCC_MEMPBCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_MEMPB_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_MEMPBCHANGE_SP_COF1		

CCC_04	CCC_ALZH_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer?		
REMARQUE : LA MALADIE D'ALZHEIMER EST UNE FORME DE DÉMENCE. LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LES AUTRES FORMES DE DÉMENCES ENTRAÎNENT LA DIMINUTION DES FACULTÉS COGNITIVES POUVANT MENER À DES PERTES DE MÉMOIRE ET, À UN STADE AVANCÉ, À L'IMPOSSIBILITÉ D'EFFECTUER CERTAINES ACTIVITÉS DE BASE DE LA VIE QUOTIDIENNE.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_4a	CCC_ALZHAGE_COF1	
[ASK IF CCC_ALZH_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_ALZHAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_ALZHAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_4b	CCC_ALZH_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_ALZH_COF1 = NO AND CCC_ALZH_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_4b	CCC_ALZHCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_ALZH_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_ALZHCHANGE_SP_COF1		

CCC_05	CCC_MS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) de sclérose en plaques?		
REMARQUE : LA SCLÉROSE EN PLAQUES EST UNE MALADIE AUTO-IMMUNE DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE (SYSTÈME NERVEUX CENTRAL). UNE MALADIE AUTO-IMMUNE SURVIENT LORSQUE LE SYSTÈME IMMUNITAIRE ATTAQUE PAR ERREUR ET DÉTRUIT SES PROPRES TISSUS EN SANTÉ.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_5a	CCC_MSAGE_COF1	
[ASK IF CCC_MS_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint(e) de sclérose en plaques?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_MSAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_MSAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_5b	CCC_MS_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_MS_COF1 = NO AND CCC_MS_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint(e) de sclérose en plaques. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_5b	CCC_MSCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_MS_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_MSCHANGE_SP_COF1		

CCC_06	CCC_EPIL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'épilepsie?		
REMARQUE : L'ÉPILEPSIE EST UN TROUBLE NEUROLOGIQUE QUI SE MANIFESTE PAR DES CRISES RÉPÉTÉES (CONVULSIONS) AU FIL DES ANNÉES.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_6a	CCC_EPILAGE_COF1	
[ASK IF CCC_EPIL_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'épilepsie?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_EPILAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_EPILAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_6b	CCC_EPIL_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_EPIL_COF1 = NO AND CCC_EPIL_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'épilepsie. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_6b	CCC_EPILCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_EPIL_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_EPILCHANGE_SP_COF1		

CCC_07	CCC_MGRN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de migraines?		
REMARQUE : UNE MIGRAINE EST CARACTÉRISÉE PAR DES ÉLANCEMENTS OU DES PULSATIONS RESSENTIS D'UN SEUL CÔTÉ DE LA TÊTE ET PEUT SOUVENT S'ACCOMPAGNER DE NAUSÉES, DE VOMISSEMENTS ET D'UNE SENSIBILITÉ EXTRÊME À LA LUMIÈRE ET AU BRUIT. LA MIGRAINE PEUT OCCASIONNER DES DOULEURS IMPORTANTES POUVANT DURER DE QUELQUES HEURES À QUELQUES JOURS.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_7a	CCC_MGRNAGE_COF1	
[ASK IF CCC_MGRN_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de migraines?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_MGRNAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_MGRNAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_7b	CCC_MGRN_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_MGRN_COF1 = NO AND CCC_MGRN_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de migraines. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_7b	CCC_MGRNCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_MGRN_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_MGRNCHANGE_SP_COF1		

<i>Gastro-intestinal – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)</i>

CCC_08	CCC_ULCR_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques?		
REMARQUE : LES ULCÈRES INTESTINAUX ET GASTRIQUES COMPRENNENT LES ULCÈRES DE L'INTESTIN ET DE L'ŒSOPHAGE. LES PLAIES CAUSÉES PAR LES ULCÈRES RESSEMBLENT À DES CRATÈRES (GÉNÉRALEMENT D'UN DIAMÈTRE DE ¼ À ¾ DE POUCES, MAIS POUVANT ALLER JUSQU'À UN DIAMÈTRE DE 1 À 2 POUCES) QUI SE FORMENT SUR LA PAROI DE L'ESTOMAC (ULCÈRES GASTRIQUES), TOUT JUSTE SOUS L'ESTOMAC AU DÉBUT DU PETIT INTESTIN DANS LE DUODÉNUM (ULCÈRES DUODÉNAUX) OU, MOINS COURAMMENT, DANS L'ŒSOPHAGE (ULCÈRES ŒSOPHAGIENS).		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_8a	CCC_ULCRAGE_COF1	
[ASK IF CCC_ULCR_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_ULCRAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_ULCRAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_8b	CCC_ULCR_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_ULCR_COF1 = NO AND CCC_ULCR_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'ulcères intestinaux ou gastriques. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_8b	CCC_ULCRCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_ULCR_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_ULCRCHANGE_SP_COF1		

CCC_09	CCC_IBDIBS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une maladie intestinale telle que la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse ou le syndrome du côlon irritable?		
REMARQUE : LA MALADIE DE CROHN ET LA COLITE ULCÉREUSE SONT DES FORMES DE MALADIES INTESTINALES INFLAMMATOIRES CARACTÉRISÉES PAR L'INFLAMMATION (ROUGEUR ET ENFLURE) DES INTESTINS, PROBABLEMENT À LA SUITE D'UNE RÉACTION IMMUNITAIRE DU CORPS CONTRE SES PROPRES TISSUS INTESTINAUX.		
LE SYNDROME DU CÔLON IRRITABLE EST UNE AFFECTION CAUSANT DE LA DOULEUR ABDOMINALE ET DES CRAMPES, AINSI QUE DES CHANGEMENTS DANS LES MOUVEMENTS DE L'INTESTIN ET D'AUTRES SYMPTÔMES. CONTRAIREMENT AUX MALADIES INTESTINALES INFLAMMATOIRES, LA STRUCTURE DE L'INTESTIN N'EST PAS ANORMALE.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_9a	CCC_IBDIBSAGE_COF1	
[ASK IF CCC_IBDIBS_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une maladie intestinale telle que la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse ou le syndrome du côlon irritable?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_IBDIBSAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_IBDIBSAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_9b	CCC_IBDIBS_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_IBDIBS_COF1 = NO AND CCC_IBDIBS_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez une maladie intestinale telle que la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse ou le syndrome du côlon irritable. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_9b	CCC_IBDIBSCHCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_IBDIBS_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_IBDIBSCHCHANGE_SP_COF1		

CCC_10	CCC_BOWINC_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà eu des pertes de selles?		
REMARQUE : L'INCONTINENCE ANALE EST LA PERTE DE CONTRÔLE DES INTESTINS MENANT À L'ÉMISSION INVOLONTAIRE DE SELLES.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_10a	CCC_BOWINCAGE_COF1	
[ASK IF CCC_BOWINC_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à avoir des pertes de selles?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_BOWINCAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_BOWINCAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_11	CCC_URIINC_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà eu des pertes d'urine?		
REMARQUE : L'INCONTINENCE URINAIRE EST LA PERTE DE CONTRÔLE DE LA VESSIE.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_11a	CCC_URIINCAGE_COF1	
[ASK IF CCC_URIINC_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à avoir des pertes d'urine?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_URIINCAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_URIINCAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

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

CCC_12	CCC_MACDEG_COF1
[ALWAYS ASK]	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire?	
REMARQUE : LA DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE TOUCHE HABITUELLEMENT LES ADULTES PLUS ÂGÉS ET ENTRAÎNE UNE PERTE DE VISION AU CENTRE DU CHAMP VISUEL (LA MACULA) CAUSÉE PAR DES DOMMAGES À LA RÉTINE.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_12a	CCC_MACDEGAGE_COF1
[ASK IF CCC_MACDEG_COF1 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de dégénérescence maculaire?	
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
CCC_MACDEGAGE_NB_SP_COF1	Âge
CCC_MACDEGAGE_YR_SP_COF1	Années
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_12b	CCC_MACDEG_CHANGE_COF1
[ASK IF CCC_MACDEG_COF1 = NO AND CCC_MACDEG_DCS = YES]	
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de dégénérescence maculaire. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
CCC_12b	CCC_MACDEGCHANGE_SP_COF1
[ASK IF CCC_MACDEG_CHANGE_COF1 = YES]	
"YES" Préciser	
CCC_MACDEGCHANGE_SP_COF1	

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

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

CCC_13	CCC_CANC_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint(e) d'un cancer?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_13a	CCC_CANCAGE_COF1	
[ASK IF CCC_CANC_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint(e) d'un cancer?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_CANCAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_CANCAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_13b	CCC_CANC_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_CANC_COF1 = NO AND CCC_CANC_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint(e) d'un cancer. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_13b	CCC_CANCCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_CANC_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_CANCCHANGE_SP_COF1		

CCC_13c	CCC_CANTP_COF1	
[ASK IF CCC_CANC_COF1 = YES]		
Pour quel(s) type(s) de cancer avez-vous reçu un diagnostic?		
NE PAS LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT; [INSÉRER LA RÉPONSE DE SEX_1 DU QUESTIONNAIRE DE LA VISITE À DOMICILE]		
CCC_CANTP_BR_COF1	01	Sein
CCC_CANTP_COL_COF1	02	Colorectal
CCC_CANTP_SM_COF1	03	Peau : mélanome
CCC_CANTP_SNM_COF1	04	Peau : non mélanique
CCC_CANTP_BL_COF1	05	Vessie
CCC_CANTP_KD_COF1	06	Rein
CCC_CANTP_LU_COF1	07	Poumon
CCC_CANTP_TH_COF1	08	Glande thyroïde
CCC_CANTP_PR_COF1	09	Prostate (hommes seulement)
CCC_CANTP_OV_COF1	10	Ovaire (femmes seulement)
CCC_CANTP_LK_COF1	11	Leucémie
CCC_CANTP_PA_COF1	12	Pancréas
CCC_CANTP_NHL_COF1	13	Lymphome non hodgkinien
CCC_CANTP_FGO_COF1	14	Autres organes génitaux féminins
CCC_CANTP_OT_COF1	97	Autre
CCC_CANTP_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
CCC_CANTP_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_13c	CCC_CANTP_OTSP_COF1	
[ASK IF CCC_CANTP_COF1 = CCC_CANTP_OT_COF1]		
REMARQUE : VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER AUX LIGNES DIRECTRICES POUR LE TEXTE		
« Autre » Préciser		
CCC_CANTP_OTSP_COF1	01	

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

CCC_14	CCC_ANXI_COF1
[ALWAYS ASK]	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique?	
REMARQUE : LE TERME GÉNÉRAL « TROUBLE ANXIEUX » REGROUPE PLUSIEURS MALADIES DIFFÉRENTES RELIÉES PAR DES MANIFESTATIONS CONSTANTES D'INQUIÉTUDE OU D'ANXIÉTÉ ASSOCIÉES À DIFFÉRENTES ACTIVITÉS OU ÉVÉNEMENTS.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_14a	CCC_ANXIAGE_COF1
[ASK IF CCC_ANXI_COF1 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique?	
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
CCC_ANXIAGE_NB_SP_COF1	Âge
CCC_ANXIAGE_YR_SP_COF1	Années
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_14b	CCC_ANXI_CHANGE_COF1
[ASK IF CCC_ANXI_COF1 = NO AND CCC_ANXI_DCS = YES]	
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez un trouble anxieux tel que la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble de panique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
CCC_14b	CCC_ANXICHANGE_SP_COF1
[ASK IF CCC_ANXI_CHANGE_COF1 = YES]	
"YES" Préciser	
CCC_ANXICHANGE_SP_COF1	

CCC_15	CCC_MOOD_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniacodépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : DYSTHYMIE SE PRONONCE « DI-STI-MIE »		
REMARQUE : LA DYSTHYMIE EST UNE FORME DE DÉPRESSION CHRONIQUE CARACTÉRISÉE PAR UN TROUBLE DE L'HUMEUR DE TYPE DÉPRESSIF. TOUTEFOIS, LES SYMPTÔMES SONT MOINS GRAVES QUE LORS D'UNE DÉPRESSION MAJEURE.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_15a	CCC_MOODAGE_COF1	
[ASK IF CCC_MOOD_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniacodépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_MOODAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_MOODAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_15b	CCC_MOOD_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_MOOD_COF1 = NO AND CCC_MOOD_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'un trouble de l'humeur tel que la dépression (y compris la psychose maniacodépressive), le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_15b	CCC_MOODCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_MOOD_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_MOODCHANGE_SP_COF1		

CCC_16	CCC_ALLRG_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'allergies?		
REMARQUE : LA QUESTION PORTE SUR TOUS LES TYPES D'ALLERGIE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_16a	CCC_ALLRG_OTSP_COF1	
[ASK IF CCC_ALLRG_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_ALLRG_OTSP_COF1	01	

CCC_16b	CCC_ALLRGAGE_COF1	
[ASK IF CCC_ALLRG_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'allergies?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_ALLRGAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_ALLRGAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_16c	CCC_ALLRG_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_ALLRG_COF1 = NO AND CCC_ALLRG_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'allergies. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_16d	CCC_ALLRGCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_ALLRG_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_ALLRGCHANGE_SP_COF1		

CCC_17	CCC_BCKP_COF1
[ALWAYS ASK]	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez des problèmes de dos, à l'exception de la fibromyalgie et de l'arthrite?	
<p>La fibromyalgie est un syndrome courant caractérisé par des douleurs et de l'inconfort généralisés et de longue durée aux articulations, aux muscles, aux tendons et aux tissus mous.</p> <p>L'arthrite est caractérisée par de l'inflammation douloureuse et de la raideur aux articulations. Ici, nous faisons référence à toutes formes d'arthrite (arthrose, polyarthrite rhumatoïde).</p>	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_17a	CCC_BCKPAGE_COF1
[ASK IF CCC_BCKP_COF1 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez des problèmes de dos, à l'exception de la fibromyalgie et de l'arthrite?	
<p>NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?</p>	
CCC_BCKPAGE_NB_SP_COF1	Âge
CCC_BCKPAGE_YR_SP_COF1	Années
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_17b	CCC_BCKP_CHANGE_COF1
[ASK IF CCC_BCKP_COF1 = NO AND CCC_BCKP_DCS = YES]	
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez des problèmes de dos, à l'exception de la fibromyalgie et de l'arthrite. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
CCC_17b	CCC_BCKPCHANGE_SP_COF1
[ASK IF CCC_BCKP_CHANGE_COF1 = YES]	
"YES" Préciser	
CCC_BCKPCHANGE_SP_COF1	

CCC_18	CCC_KIDN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18a	CCC_KIDNAGE_COF1	
[ASK IF CCC_KIDN_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_KIDNAGE_NB_SP_COF1	Âge	
CCC_KIDNAGE_YR_SP_COF1	Années	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CCC_18b	CCC_KIDN_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_KIDN_COF1 = NO AND CCC_KIDN_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'une maladie rénale ou d'insuffisance rénale. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CCC_18b	CCC_KIDNCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_KIDN_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_KIDNCHANGE_SP_COF1		

CCC_18c	CCC_DITYP_COF1				
[ASK IF CCC_KIDN_COF1 = YES]					
Recevez-vous présentement des traitements de dialyse? (Si oui, quel type de dialyse?)					
		OUI	NO	NSP / PR	REFUS
HEMODIALYSIS	Hémodialyse				
PERITONEAL	Dialyse péritonéale				

CCC_18d	CCC_DITIM_COF1				
[ASK IF HEMODIALYSIS = YES]					
Quand avez-vous reçu votre dernier traitement de dialyse?					
INTERVIEWEUR: VEUILLEZ INSCRIRE LA DATE ET L'HEURE, SI LE PARTICIPANT LES CONNAÎT. SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN, INSCRIVEZ LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE					
CCC_DITIM_DATE_COF1	DATE				
CCC_DITIM_HR_COF1	HEURE (hh)				
CCC_DITIM_MIN_COF1	HEURE (mm)				

CCC_19	CCT_HCV_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'hépatite C?					
REMARQUE : L'HÉPATITE C EST UNE INFECTION CAUSÉE PAR UN VIRUS QUI S'ATTAQUE AU FOIE ET QUI PROVOQUE DE L'INFLAMMATION.					
YES	01	Oui			
NO	02	Non			
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse			
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus			

CCC_19a	CCC_HCVAGE_COF1				
[ASK IF CCC_HCV_COF1 = YES]					
À quel âge avez-vous reçu pour la première fois le diagnostic d'hépatite C?					
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?					
CCC_HCVAGE_NB_SP_COF1	Âge				
CCC_HCVAGE_YR_SP_COF1	Années				
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse			
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus			

CCC_19b	CCT_HCV_TRT_COF1
[ASK IF CCT_HCV_COF1 = YES]	
Avez-vous déjà reçu des traitements pour l'hépatite C?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_19c	CCT_HCV_TXS_COF1
[ASK IF CCT_HCV_TRT_COF1 = YES]	
Le traitement a-t-il permis d'éliminer le virus?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_19d	CCT_HCV_CURR_COF1
[ASK IF CCT_HCV_COF1 = YES]	
Avez-vous l'hépatite C présentement?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

CCC_20	CCC_OTCCC_COF1
[ALWAYS ASK]	
Êtes-vous atteint d'un autre problème physique ou mental de longue durée qui a été diagnostiqué par un médecin?	
SI OUI, DEMANDEZ DES PRÉCISIONS ET CLARIFIEZ POUR OBTENIR LE PLUS DE DÉTAILS POSSIBLES	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
CCC_20B	CCC_OTCCC_OTSP_COF1
[ASK IF CCC_OTCCC_COF1 = YES]	
"YES" Préciser	
CCC_OTCCC_OTSP_COF1	01

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

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

CCC_21	CCC_INF_COF1				
[ALWAYS ASK]					
Au cours de la dernière année, avez-vous vu un médecin pour l'une des raisons suivantes?					
LIRE CHAQUE INFECTION, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE PAR INFECTION					
REMARQUE : l'Influenza, communément appelée la grippe, est une maladie infectieuse causée par des virus à ARN. On compte parmi les symptômes les plus fréquents sont les frissons, la fièvre, les maux de gorge, la douleur musculaire, les maux de tête sévères, la toux, la faiblesse ou la fatigue et un malaise généralisé. L'Influenza est différente du rhume ou de la grippe intestinale (qui est en fait une gastroentérite).					
		OUI	NON	NSP / PR	REFUS
CCC_DRPNEU_COF1	Pneumonie				
CCC_DRFLU_COF1	Grippe (Influenza)				
CCC_DRUTI_COF1	Infection des voies urinaires				
CCC_DROT_COF1	Toutes autres infections?				
CCC_21B	CCC_DROT_OTSP_COF1				
[ASK IF CCC_DROT_COF1 = YES]					
« Autre » Veuillez préciser					
CCC_DROT_OTSP_COF1	01				

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

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

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

DIA_01	DIA_DIAB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_1a	DIA_DIAB_CHANGE_COF1	
[ASK IF DIA_DIAB_COF1 = NO AND DIA_DIAB_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
DIA_1a	DIA_DIABCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF DIA_DIAB_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
DIA_DIABCHANGE_SP_COF1		

DIA_1b	DIA_TYPE_COF1	
[ASK IF DIA_DIAB_COF1 = YES]		
REMARQUE : Le diabète de type 1 peut survenir à tout âge. Toutefois, on le diagnostique le plus souvent chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Dans le cas de diabète de type 1, les cellules qui produisent de l'insuline ne fonctionnent pas correctement et, en réalité, produisent peu ou pas d'insuline. Pour ce qui est du diabète de type 2, les cellules adipeuses, hépatiques ou musculaires ne répondent pas correctement à la présence d'insuline. C'est ce qu'on appelle la résistance à l'insuline. Ainsi, le sucre dans le sang ne pénètre pas dans ces cellules pour y être emmagasiné.		
Avez-vous reçu un diagnostic de diabète...		
TYPE_I	01	Type I
TYPE_II	02	Type II
NEITHER	03	Ni l'un, ni l'autre
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_1c	DIA_AGE_COF1	
[ASK IF DIA_DIAB_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
DIA_AGE_NB_SP_COF1	Âge	
DIA_AGE_YR_SP_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_02	DIA_DIABRT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de rétinopathie diabétique?		
LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE EST UNE COMPLICATION DU DIABÈTE QUI SE CARACTÉRISE PAR LA DÉGRADATION DES VAISSEAUX SANGUINS DES TISSUS SENSIBLES À LA LUMIÈRE AU FOND DE L'ŒIL (RÉTINE). AU DÉBUT, IL EST POSSIBLE QUE LA RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE NE PRÉSENTE AUCUN SYMPTÔME OU QU'ELLE CAUSE SEULEMENT DES TROUBLES VISUELS LÉGERS.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_2a	DIA_DIABRTAGE_COF1	
[ASK IF DIA_DIABRT_COF1 - YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de rétinopathie diabétique?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
DIA_DIABRTAGE_NB_SP_COF1	Âge	
DIA_DIABRTAGE_YR_SP_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_03	DIA_EVPRG_COF1	
[ASK IF PARTICIPANT SEX = FEMALE]		
Avez-vous déjà été enceinte?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_04	DIA_PRGDIA_COF1	
[ASK IF DIA_EVPRG_COF1 = YES]		
Pendant votre grossesse, un médecin vous a-t-il dit que vous souffriez de diabète, que vous étiez prédiabétique ou que votre taux de sucre sanguin était élevé?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

[IF DIA_DIAB_COF1=YES CONTINUE, DIA_DIAB_COF1=NO AND DIA_MED_COF1=YES THEN SKIP TO DIA_MEDHOME_COF1, IF DIA_DIAB_COF1=NO AND DIA_MED_COF1=NO THEN SKIP TO DIA_END]

DIA_05	DIA_MED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments pour le diabète?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DIA_5a	DIA_MEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le diabète?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LE DIABÈTE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[IF YES] IF LAST DRUG AND INS_MED=1 THEN SKIP TO DIA_MEDAGE_COF1 OTHERWISE IF LAST DRUG AND INS_MED=2 THEN SKIP TO DIA_END		
[IF NO] IF LAST DRUG AND INS_MED=1 THEN SKIP TO DIA_MEDAGE_COF1 OTHERWISE IF LAST DRUG AND INS_MED=2 THEN SKIP TO DIA_END		

DIA_5b	DIA_MEDNAME_COF1	
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre diabète?		
SI L'UNE DES RÉPONSE EST « INSULINE », PASSER À DIA_MEDAGE_COF1, AUTREMENT PASSER À DIA_END		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
DIA_5b	DIA_MEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF DIA_MEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
DIA_MEDNAME_SP_COF1	01	

DIA_5c	DIA_MEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter le diabète. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le diabète?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LE DIABÈTE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[IF YES] IF LAST DRUG AND INS_MED=1 THEN SKIP TO DIA_MEDAGE_COF1 OTHERWISE IF LAST DRUG AND INS_MED=2 THEN SKIP TO DIA_END		

DIA_5d	DIA_MEDAGE_COF1	
[ASK IF DIA_MEDNAME_COF1 = INSULIN]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à prendre de l'insuline?		
SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN, INSCRIVEZ LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE		
DIA_MEDAGE_NB_COF1	Âge	
DIA_MEDAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

STR_1	CCC_CVA_COF1	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC?		
REMARQUE : UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (AVC) SURVIENT LORSQUE LA CIRCULATION SANGUINE D'UNE PARTIE DU CERVEAU EST ARRÊTÉE. ON UTILISE PARFOIS LE MOT ATTAQUE CÉRÉBRALE POUR PARLER D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_1a	CCC_CVA_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_CVA_COF1 = NO AND CCC_CVA_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral ou AVC. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
STR_1a	CCC_CVACHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_CVA_CHANGE_COF1= YES]		
"YES" Préciser		
CCC_CVACHANGE_SP_COF1		

STR_2	STR_CVAAGE_COF1	
[ASK IF CCC_CVA_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'un accident vasculaire cérébral?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
STR_CVAAGE_NB_COF1	Âge	
STR_CVAAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[IF CCC_CVA_COF1=1 CONTINUE, IF CCC_CVA_COF1=2 AND STR_MED=1 THEN SKIP TO STR_MEDHOME_COF1, IF CCC_CVA_COF1=2 AND STR_MED=2 THEN SKIP TO CCC_TIA_COF1]

STR_3	STR_MED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments pour un accident vasculaire cérébral?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

REMARQUE : On compte parmi les traitements habituels pour un AVC les programmes servant à rétablir une fonction perdue lors de l'AVC, comme la physiothérapie, les exercices, la parole. Bien que d'autres types de traitements peuvent être donnés peu après l'AVC (p. ex. : médicaments utilisés pour débloquent les artères, chirurgie), il est peu probable que les participants de l'étude reçoivent ces traitements au moment de leur visite au DCS (STR_3d/STR_OTHMD_COF1 veut connaître les traitements actuels.)

STR_3a	STR_MEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter votre accident vasculaire cérébral?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[IF YES] IF LAST DRUG THEN SKIP TO STR_OTHMD_COF1		
[IF NO] IF LAST DRUG THEN SKIP TO STR_OTHMD_COF1		

STR_3b	STR_MEDNAME_COF1	
[ASK IF STR_MED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre accident vasculaire cérébral?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_3B	STR_MEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF STR_MEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
STR_MEDNAME_SP_COF1	01	
STR_3c	STR_MEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un accident vasculaire cérébral. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un accident vasculaire cérébral?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
REPEAT FOR ALL STROKE DRUGS; IF LAST DRUG AND NO DRUG ANSWERED "YES" AND CCC_CVA_COF1=2 THEN SKIP TO CCC_TIA_COF1; OTHERWISE CONTINUE		

CALCULATE ANY_SMED=1 IF (STR_MED_COF1=1 OR ANY DRUGS FOR STR_MEDHOME_COF1 ANSWERED "YES"); ANY_SMED=2 OTHERWISE

STR_3d	STR_OTHMD_COF1	
Suivez-vous actuellement un autre traitement pour un accident vasculaire cérébral?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: SKIP TO CCC_TIA_COF1		
IF NO, DK_NA OR REFUSED: IF ANY_SMED=1 THEN SKIP TO CCC_TIA_COF1; OTHERWISE CONTINUE		

STR_4	STR_EVRMD_COF1	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour un accident vasculaire cérébral?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_5	CCC_TIA_COF1	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire)?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_5a	CCC_TIA_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_TIA_COF1 = NO AND CCC_TIA_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT (accident ischémique transitoire). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
STR_5a	CCC_TIACHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_TIA_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_TIACHANGE_SP_COF1		

STR_6	STR_TIAAGE_COF1	
[ASK IF CCC_TIA_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez souffert d'un mini-AVC ou AIT?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
STR_TIAAGE_NB_COF1	Âge	
STR_TIAAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus
[IF CCC_TIA_COF1=1 CONTINUE, IF CCC_TIA_COF1=2 AND STR_MED=1 THEN SKIP TO STR_TIAMEDHOME_COF1, IF CCC_TIA_COF1=2 AND STR_MED=2 THEN SKIP TO CCC_CVAFX_COF1]		

STR_7	STR_TIAMED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement pour un mini-AVC?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_7a	STR_TIAMEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter votre mini-AVC?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UN MINI-AVC OU AIT)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[IF YES] REPEAT FOR ALL STROKE DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO STR_TIAOTHMD_COF1		
[IF NO] REPEAT FOR ALL STROKE DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO STR_TIAOTHMD_COF1		

STR_7b	STR_TIAMEDNAME_COF1	
[ASK IF STR_TIAMED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre mini-AVC?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
STR_7B	STR_TIAMEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF STR_TIAMEDNAME_COF1= YES]		
"YES" Préciser		
STR_TIAMEDNAME_SP_COF1	01	

[IF CCC_TIA_COF1=1 CONTINUE, IF CCC_TIA_COF1=2 AND STR_MED=1 THEN SKIP TO STR_TIAMEDHOME_COF1, IF CCC_TIA_COF1=2 AND STR_MED=2 THEN SKIP TO CCC_CVAFX_COF1]

STR_7c	STR_TIAMEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un accident vasculaire cérébral. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un mini-AVC?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UN ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: REPEAT FOR ALL STROKE DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO STR_TIAOTHMD_COF1 IF NO: REPEAT FOR ALL STROKE DRUGS; IF LAST DRUG AND NO DRUG ANSWERED "YES" AND CCC_TIA_COF1=2 THEN SKIP TO CCC_CVAFX_COF1; OTHERWISE CONTINUE IF DK_NA OR REFUSED: CONTINUE		

CALCULATE ANY_SMED=1 IF (STR_TIAMED_COF1=1 OR ANY DRUGS FOR STR_TIAMEDHOME_COF1 ANSWERED "YES"); ANY_SMED=2 OTHERWISE

STR_7d	STR_TIAOTHMD_COF1	
Suivez-vous actuellement un autre traitement pour un mini-AVC?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: SKIP TO CCC_CVAFX_COF1		
IF NO, DK_NA OR REFUSED: IF ANY_SMED=1 THEN SKIP TO CCC_CVAFX_COF1; OTHERWISE CONTINUE		

STR_8	STR_TIAEVMDCOF1	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour un mini-AVC?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_9	CCC_CVAFXCOF1	
[ASK IF CCC_CVA_COF1=YES OR CCC_TIA_COF1=YES]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez des séquelles d'un accident vasculaire cérébral, d'un AVC, d'un mini-AVC ou d'un AIT (accident ischémique transitoire)?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

STR_10	STR_WEAKCOF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà ressenti une faiblesse soudaine et sans douleur sur un côté de votre corps?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_10a	STR_WEAK_DURCOF1	
[ASK IF STR_WEAK_COF1 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
LESS_24H	01	Moins de 24 heures
24H_MORE	02	24 heures ou plus
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_11	STR_NUMB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà ressenti une sensation d'engourdissement soudaine sur un côté de votre corps ou avez-vous eu l'impression que ce côté était « mort »?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_11a	STR_NUMB_DUR_COF1	
[ASK IF STR_NUMB_COF1= YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
LESS_24H	01	Moins de 24 heures
24H_MORE	02	24 heures ou plus
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_12	STR_VIS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi une perte de vision soudaine et sans douleur dans un œil ou les deux?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_12a	STR_VIS_DUR_COF1	
[ASK IF STR_VIS_COF1 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
LESS_24H	01	Moins de 24 heures
24H_MORE	02	24 heures ou plus
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_13	STR_NOVIS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà soudainement perdu la vue dans un œil?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_13a	STR_NOVIS_DUR_COF1	
[ASK IF STR_NOVIS_COF1 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
LESS_24H	01	Moins de 24 heures
24H_MORE	02	24 heures ou plus
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_14	STR_NOUND_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà soudainement été incapable de comprendre ce que les gens disaient?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_14a	STR_NOUND_DUR_COF1	
[ASK IF STR_NOUND_COF1 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
LESS_24H	01	Moins de 24 heures
24H_MORE	02	24 heures ou plus
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_15	STR_NOEXP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà soudainement perdu la capacité de vous exprimer?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

STR_15a	STR_NOEXP_DUR_COF1	
[ASK IF STR_NOEXP_COF1 = YES]		
Combien de temps ces symptômes ont-ils duré?		
LESS_24H	01	Moins de 24 heures
24H_MORE	02	24 heures ou plus
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

TBI_1	TBI_TYP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous subi une blessure à la tête pour l'une ou l'autre de ces situations...?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_TYP_VH_COF1	01	Accident de véhicule (veuillez préciser le type de véhicule : _____)
TBI_TYP_FL_COF1	02	chute
TBI_TYP_SPT_COF1	03	Activité sportive (veuillez préciser : _____)
TBI_TYP_NN_COF1	96	Aucune / n'a pas subi de blessure à la tête
TBI_TYP_OT_COF1	97	Autre
TBI_TYP_DK_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
TBI_TYP_RF_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
TBI_1a	TBI_TYP_VHSP_COF1	
[ASK IF TBI_TYP_VH_COF1= YES]		
Veuillez préciser le type de véhicule : _____		
TBI_TYP_VHSP_COF1	01	
TBI_1b	TBI_TYP_SPTSP_COF1	
[ASK IF TBI_TYP_SPT_COF1 = YES]		
Activité sportive (veuillez préciser : _____)		
TBI_TYP_SPTSP_COF1	01	
TBI_1c	TBI_TYP_OTSP_COF1	
[ASK IF TBI_TYP_OT_COF1 = YES]		
Autre (veuillez préciser : _____)		
TBI_TYP_OTSP_COF1	01	

TBI_2	TBI_NMBR_COF1	
[ASK IF TBI_TYP_COF1 ≠ TBI_TYP_NN_COF1 OR TBI_TYP_DK_COF1 OR TBI_TYP_RF_COF1]		
Au cours de votre vie, combien de blessures à la tête avez-vous subies?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : TENTER D'OBTENIR LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT		
TBI_NMBR_NB_COF1	NUMBER	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=20
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_3	TBI_RSLT_COF1	
[ASK IF TBI_TYP_COF1 ≠ TBI_TYP_NN_COF1 OR TBI_TYP_DK_COF1 OR TBI_TYP_RF_COF1]		
<ul style="list-style-type: none"> • SI 1 BLESSURE À LA TÊTE À TBI_2, LIRE « LA BLESSURE À LA TÊTE » • SI >1 BLESSURES À LA TÊTE À TBI_2, LIRE « L'UNE OU L'AUTRE DE CES BLESSURES » 		
Est-ce que [cette blessure à la tête/l'une ou l'autre de ces blessures] a occasionné...?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
REMARQUE : LIRE LES RÉPONSES AU COMPLET ET MOT À MOT.		
TBI_RSLT_DZ_COF1	01	Des étourdissements, de la confusion ou l'impression de « voir des étoiles »
TBI_RSLT_NRM_COF1	02	Une perte de mémoire de l'événement
TBI_RSLT_KO1_COF1	03	Une perte de conscience de moins d'une minute
TBI_RSLT_KO20_COF1	04	Une perte de conscience de 1 à 20 minutes
TBI_RSLT_KO20MORE_COF1	05	Une perte de conscience de plus de 20 minutes
TBI_RSLT_NN_COF1	96	[NE PAS LIRE] Aucune de ces réponses
TBI_RSLT_DK_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
TBI_RSLT_RF_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_4	TBI_MCR_COF1	
[ASK IF TBI_TYP_COF1 ≠ TBI_TYP_NN_COF1 OR TBI_TYP_DK_COF1 OR TBI_TYP_RF_COF1]		
<ul style="list-style-type: none"> • SI 1 BLESSURE À LA TÊTE À TBI_2, LIRE « LA BLESSURE À LA TÊTE » • SI >1 BLESSURES À LA TÊTE À TBI_2, LIRE « L'UNE OU L'AUTRE DE CES BLESSURES » 		
Lesquels de ces soins médicaux avez-vous reçus pour [cette blessure à la tête/l'une ou l'autre de ces blessures]?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OR 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
REMARQUE : LIRE LES RÉPONSES AU COMPLET ET MOT À MOT.		
TBI_MCR_PHA_COF1	01	Évaluation médicale / visite chez un médecin
TBI_MCR_ED_COF1	02	Visite aux urgences
TBI_MCR_HO_COF1	03	Hospitalisation
TBI_MCR_NN_COF1	96	[NE PAS LIRE] Aucun / n'a reçu aucun soin médical
TBI_MCR_DK_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
TBI_MCR_RF_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus

TBI_5	TBI_PROB_COF1	
[ASK IF TBI_TYP_COF1 ≠ TBI_TYP_NN_COF1 OR TBI_TYP_DK_COF1 OR TBI_TYP_RF_COF1]		
Présentement, souffrez-vous de l'un ou l'autre de ces problèmes qui seraient, selon vous, la conséquence possible d'une blessure à la tête ou d'une commotion?		
LIRE LA LISTE, RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 96, 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
TBI_PROB_HA_COF1	01	Maux de tête
TBI_PROB_DIZ_COF1	02	Étourdissements
TBI_PROB_MEM_COF1	03	Problèmes de mémoire
TBI_PROB_BAL_COF1	04	Problèmes d'équilibre
TBI_PROB_EAR_COF1	05	Bourdonnements d'oreilles
TBI_PROB_IRT_COF1	06	Irritabilité
TBI_PROB_SLP_COF1	07	Problèmes de sommeil
TBI_PROB_NN_COF1	96	Non / aucun / n'a aucun problème
TBI_PROB_OT_COF1	97	Autre
TBI_PROB_DK_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
TBI_PROB_RF_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
TBI_5a	TBI_PROB_OTSP_COF1	
[ASK IF TBI_PROB_OT_COF1 = YES]		
Autre (veuillez préciser : _____)		
TBI_PROB_OTSP_COF1	01	

TBI_6		
Positive Screen [DERIVED VARIABLE – ONYX PROGRAMMING] If (TBI_TYP_COF1= TBI_TYP_VH_COF1 or TBI_TYP_FL_COF1 or TBI_TYP_SPT_COF1 or TBI_TYP_OT_COF1) and (TBI_RSLT_COF1 = TBI_RSLT_DZ_COF1 or TBI_RSLT_NRM_COF1 or TBI_RSLT_KO1_COF1 or TBI_RSLT_KO20_COF1 or TBI_RSLT_KO20MORE_COF1) then TBI_6=Yes 1, else TBI_6=No 2		

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

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

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

HYP_1	CCC_UTHYR_COF1
[ALWAYS ASK]	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxoédème)?	
REMARQUE : Assurez-vous que le participant comprend que cette question porte sur une glande thyroïde qui fonctionne moins que la moyenne, soit l'hypothyroïdie, et non sur une glande thyroïde qui fonctionne plus que la moyenne, soit l'hyperthyroïdie. Les questions HYP_1 à HYP_4 portent sur une glande thyroïde qui fonctionne moins que la moyenne.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
IF YES: SKIP TO HYP_UTHYRAGE_COF1	
IF NO, DK_NA OR REFUSED: SKIP TO HYP_UTHYRMED_COF1	

HYP_1a	CCC_UTHYR_CHANGE_COF1
[ASK IF CCC_UTHYR_COF1 = NO AND CCC_UTHYR_DCS = YES]	
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait MOINS que la moyenne (parfois appelé hypothyroïdie ou myxoédème). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	01 Oui
NO	02 No
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
HYP_1A	CCC_UTHYRCHANGE_SP_COF1
[ASK IF CCC_UTHYR_CHANGE_COF1 = YES]	
"YES" Préciser	
CCC_UTHYRCHANGE_SP_COF1	

HYP_2	HYP_UTHYRAGE_COF1	
[ASK IF CCC_UTHYR_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'hypothyroïdie?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
HYP_UTHYRAGE_NB_COF1	Âge	
HYP_UTHYRAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus
[IF CCC_UTHYR_COF1=1 CONTINUE, IF CCC_UTHYR_COF1=2 AND HYO_MED=1 THEN SKIP TO HYP_UTHYRMEDHOME_COF1, IF CCC_UTHYR_COF1=2 AND HYO_MED=2 THEN SKIP TO CCC_OTHYR_COF1]		

HYP_3	HYP_UTHYRMED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne MOINS que la moyenne?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: IF HYO_MED=1 THEN CONTINUE; IF HYO_MED=2 THEN SKIP TO HYP_UTHYRMEDNAME_COF1		
IF NO: IF HYO_MED=1 THEN SKIP TO HYP_UTHYRMEDHOME_COF1 OTHERWISE SKIP TO HYP_UTHYREVRMED_COF1		
IF DK_NA OR REFUSED: SKIP TO HYP_UTHYREVRMED_COF1		

HYP_3a	HYP_UTHYRMEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypothyroïdie?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPOTHYROIDIE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[IF YES] REPEAT FOR ALL HYPOTHYROIDISM DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO CCC_OTHYR_COF1		
[IF NO] REPEAT FOR ALL HYPOTHYROIDISM DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO CCC_OTHYR_COF1		

HYP_3b	HYP_UTHYRMEDNAME_COF1	
[ASK IF HYP_UTHYRMED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre hypothyroïdie?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
HYP_3B	HYP_UTHYRMEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF HYP_UTHYRMEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
HYP_UTHYRMEDNAME_SP_COF1	01	

HYP_3c	HYP_UTHYRMEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'hypothyroïdie. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypothyroïdie?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPOTHYROIDIE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: REPEAT FOR ALL HYPOTHYROIDISM DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO CCC_OTHYR_COF1 IF NO: REPEAT FOR ALL HYPOTHYROIDISM DRUGS; IF CCC_UTHYR_COF1=1 AND LAST DRUG AND ALL ANSWERED "NO" THEN CONTINUE; ELSE IF CCC_UTHYR_COF1=2 OR LAST DRUG AND ANY ANSWERED "YES" THEN SKIP TO CCC_OTHYR_COF1 IF DK_NA OR REFUSED: CONTINUE		

HYP_4	HYP_UTHYREVRMED_COF1	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne MOINS que la moyenne?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HYP_5	CCC_OTHYR_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow)?		
REMARQUE : Ces questions portent sur une glande thyroïde qui fonctionne PLUS que la moyenne.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: SKIP TO HYP_UTHYRAGE_COF1		
IF NO, DK_NA OR REFUSED: SKIP TO HYP_UTHYRMED_COF1		

HYP_5a	CCC_OTHYR_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_OTHYR_COF1 = NO AND CCC_OTHYR_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que votre glande thyroïde fonctionnait PLUS que la moyenne (parfois appelé hyperthyroïdie ou maladie de Basedow). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
HYP_5A	CCC_OTHYRCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_OTHYR_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_OTHYRCHANGE_SP_COF1		

HYP_6	HYP_OTHYRAGE_COF1	
[ASK IF CCC_OTHYR_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'hyperthyroïdie?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
HYP_OTHYRAGE_NB_COF1	Âge	
HYP_OTHYRAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[IF CCC_OTHYR_COF1=1 CONTINUE, IF CCC_OTHYR_COF1=2 AND HYR_MED=1 THEN SKIP TO HYP_OTHYRMEDHOME_COF1, IF CCC_OTHYR_COF1=2 AND HYR_MED=2 THEN SKIP TO HYP_END]

HYP_7	HYP_OTHYRMED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne PLUS que la moyenne?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: IF HYR_MED=1 THEN CONTINUE; IF HYR_MED=2 THEN SKIP TO HYP_OTHYRMEDNAME_COF1		
IF NO: IF HYR_MED=1 THEN SKIP TO HYP_OTHYRMEDHOME_COF1 OTHERWISE SKIP TO HYP_OTHYREVRMD_COF1		
IF DK_NA OR REFUSED: SKIP TO HYP_OTHYREVRMD_COF1		

HYP_7a	HYP_OTHYRMEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hyperthyroïdie?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTHYROÏDIE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[IF YES OR NO] REPEAT FOR ALL HYPERTHYROIDISM DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO HYP_END		
[IF DK_NA OR REFUSED] SKIP TO HYP_END		

HYP_7b	HYP_OTHYRMEDNAME_COF1	
[ASK IF HYP_OTHYRMED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre hyperthyroïdie?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
HYP_7B	HYP_OTHYRMEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF HYP_OTHYRMEDNAME_COF1= YES]		
"YES" Préciser		
HYP_OTHYRMEDNAME_SP_COF1	01	

HYP_7c	HYP_OTHYRMEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'hyperthyroïdie. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hyperthyroïdie?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTHYROIDIE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<p>IF <u>YES</u>: REPEAT FOR ALL HYPERTHYROIDISM DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO HYP_END</p> <p>IF <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL HYPERTHYROIDISM DRUGS; IF CCC_OTHYR_COF1=1 AND LAST DRUG AND ALL ANSWERED "NO" THEN CONTINUE; ELSE IF CCC_OTHYR_COF1=2 OR LAST DRUG AND ANY ANSWERED "YES" THEN SKIP TO HYP_END</p> <p>IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: CONTINUE</p>		

HYP_8	HYP_OTHYREVRMD_COF1	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement parce que votre glande thyroïde fonctionne PLUS que la moyenne?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

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

HBP_1	CCC_HBP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: SKIP TO HBP_AGE_COF1		
IF NO, DK_NA OR REFUSED: SKIP TO HBP_MED_COF1		

HBP_1a	CCC_HBP_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_HBP_COF1 = NO AND CCC_HBP_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
HBP_1A	CCC_HBPRCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_HBP_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_HBPRCHANGE_SP_COF1		

HBP_2	HBP_AGE_COF1	
[ASK IF CCC_HBP_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez une tension artérielle élevée ou que vous souffriez d'hypertension?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
HBP_AGE_NB_COF1	Âge	
HBP_AGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus
[PROGRAMMING NOTE: IF DIA_EVPRG_COF1=2 SKIP TO HBP_MED_COF1]		

HBP_3	HBP_PRG_COF1	
[ASK IF DIA_EVPRG_COF1 = YES]		
Étiez-vous enceinte lorsque vous avez reçu le diagnostic d'hypertension?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_4	HBP_OTPRG_COF1	
[ASK IF DIA_EVPRG_COF1 = YES]		
À part quand vous étiez enceinte, avez-vous reçu un diagnostic d'hypertension à un autre moment de votre vie?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
[IF CCC_HBP_COF1=1 CONTINUE, IF CCC_HBP_COF1=2 AND HBP_MED=1 THEN SKIP TO HBP_MEDHOME_COF1, IF CCC_HBP_COF1=2 AND HBP_MED=2 THEN SKIP TO HBP_TRT_COF1]		

HBP_5	HBP_MED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments pour la tension artérielle élevée ou l'hypertension?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: IF HBP_MED=1 THEN CONTINUE; IF HBP_MED=2 THEN SKIP TO HBP_MEDNAME_COF1		
IF <u>NO</u>: IF HBP_MED=1 THEN SKIP TO HBP_MEDHOME_COF1 OTHERWISE SKIP TO HBP_EVRMED_COF1		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: HBP_EVRMED_COF1		

HBP_5a	HBP_MEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypertension?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTENSION)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: REPEAT FOR ALL HBP DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO HBP_TRT_COF1		
IF <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL HBP DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO HBP_TRT_COF1		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO HBP_TRT_COF1		

HBP_5b	HBP_MEDNAME_COF1	
[ASK IF HBP_MED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre hypertension?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
HBP_5B	HBP_MEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF HBP_MEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
HBP_MEDNAME_SP_COF1	01	

HBP_5c	HBP_MEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'hypertension. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'hypertension?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'HYPERTENSION)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<p>IF <u>YES</u>: REPEAT FOR ALL HBP DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO HBP_TRT_COF1</p> <p>IF <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL HBP DRUGS; IF CCC_HBP_COF1=1 AND LAST DRUG AND ALL ANSWERED "NO" THEN CONTINUE; ELSE IF CCC_HBP_COF1=2 OR LAST DRUG AND ANY ANSWERED "YES" THEN SKIP TO HBP_TRT_COF1</p> <p>IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: CONTINUE</p>		

HBP_6	HBP_EVRMED_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà pris des médicaments pour la tension artérielle élevée ou l'hypertension?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_7	HBP_TRT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Faites-vous actuellement des exercices ou suivez-vous une diète ou d'autres traitements non pharmacologiques dans le but de diminuer votre tension artérielle élevée ou votre hypertension?		
INTERVIEWEUR : CETTE RÉPONSE POURRAIT INCLURE LES TRAITEMENTS INITIÉS PAR LA PERSONNE COMME LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE SEL, C.-À-D. SANS LA RECOMMANDATION SPÉCIFIQUE DU MÉDECIN.		
REMARQUE : parmi les traitements non pharmacologiques, on peut compter l'arrêt du tabac ou de l'alcool, la gestion du stress ou la réduction de la consommation de sodium, ainsi que les suppléments de vitamines comme le calcium, le potassium, le magnésium, la vitamine C ou les acides gras oméga-3.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

HBP_8	HBP_EVTRT_COF1	
[ASK IF HBP_TRT_COF1 ≠ YES]		
Avez-vous déjà fait des exercices ou suivi une diète ou d'autres traitements non pharmacologiques dans le but de diminuer la tension artérielle élevée ou l'hypertension?		
INTERVIEWEUR : CETTE RÉPONSE POURRAIT INCLURE LES TRAITEMENTS INITIÉS PAR LA PERSONNE COMME LA RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION DE SEL, C.-À-D. SANS LA RECOMMANDATION SPÉCIFIQUE DU MÉDECIN.		
REMARQUE : parmi les traitements non pharmacologiques, on peut compter l'arrêt du tabac ou de l'alcool, la gestion du stress ou la réduction de la consommation de sodium, ainsi que les suppléments de vitamines comme le calcium, le potassium, le magnésium, la vitamine C ou les acides gras oméga-3.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

IHD_1	CCC_ANGI_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur)?		
REMARQUE: L'angine est une douleur ou un inconfort à la poitrine qui survient si une partie du muscle cardiaque ne reçoit pas assez de sang riche en oxygène. Les personnes atteintes d'angine peuvent ressentir une pression ou un serrement à la poitrine. La douleur peut également être ressentie dans les épaules, les bras, le cou, la mâchoire ou le dos. La douleur reliée à l'angine peut ressembler à celle associée à une indigestion.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_1a	CCC_ANGI_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_ANGI_COF1 = NO AND CCC_ANGI_COF1 = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'angine (ou de douleur à la poitrine en raison d'une maladie du cœur). Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IHD_1A	CCC_ANGICHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_ANGI_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_ANGICHANGE_SP_COF1		

IHD_2	IHD_ANGIAGE_COF1	
[ASK IF CCC_ANGI_COF1= YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'angine?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
IHD_ANGIAGE_NB_COF1	Âge	
IHD_ANGIAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_3	CCC_AMI_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde?		
REMARQUE : Une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde survient lorsque la circulation sanguine vers une partie du cœur est bloquée pendant une assez longue période de temps pour que le muscle cardiaque soit endommagé ou meurt.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_3a	CCC_AMI_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_AMI_COF1 = NO AND CCC_AMI_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez eu une crise cardiaque ou un infarctus du myocarde. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IHD_3A	CCC_AMICHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_AMI_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_AMICHANGE_SP_COF1		

IHD_4	IHD_AMIAGE_COF1	
[ASK IF CCC_AMI_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous aviez eu une crise cardiaque?		
NOTE À L'INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
IHD_AMIAGE_NB_COF1	Âge	
IHD_AMIAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_5	IHD_CAB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi un pontage coronarien, une angioplastie, une chirurgie pour installer une endoprothèse ou « stent » ou une angioplastie par ballonnet pour une maladie du cœur?		
REMARQUE :		
<p><i>Pontage coronarien</i> : intervention chirurgicale utilisée pour soulager les symptômes d'angine et réduire le risque de décès des suites d'une maladie coronarienne. Des artères ou des veines prises à un autre endroit du corps du patient sont greffées sur les artères coronariennes pour réaliser une dérivation des artères obstruées et augmenter l'apport en sang au muscle cardiaque.</p> <p><i>Angioplastie (aussi appelée angioplastie coronaire transluminale percutanée)</i> : un ballonnet vide et dégonflé fixé sur un fil de métal servant de guide appelé cathéter est inséré à travers les artères obstruées, puis gonflé. Le ballonnet déloge les dépôts graisseux et ouvre le vaisseau sanguin pour améliorer la circulation. Puis, le ballonnet est dégonflé et retiré.</p> <p><i>Endoprothèse (ou stent)</i> : tube inséré dans les artères coronariennes qui alimentent le cœur afin que celles-ci puissent demeurer ouvertes lors du traitement d'une maladie coronarienne. Les endoprothèses sont habituellement placées dans les artères après une angioplastie.</p>		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_6	IHD_ANGIO_COF1	
[ASK IF IHD_CAB_COF1 ≠ YES]		
Avez-vous déjà passé un angiogramme?		
REMARQUE : Un angiogramme est un test radiographique qui utilise un agent de contraste et une caméra (fluoroscopie) pour prendre des images de la circulation sanguine dans une veine ou une artère.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

IHD_7	IHD_BLOCK_COF1	
[ASK IF IHD_ANGIO_COF1 ≠ YES]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une ou des artères bloquées?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CALCULATE ANY_IHD=1 IF CCC_ANGI_COF1=1 OR CCC_AMI_COF1=1 OR IHD_BLOCK_COF1=1; ANY_IHD=2 OTHERWISE		

IHD_7a	IHD_BLOCK_CHANGE_COF1	
[ASK IF IHD_BLOCK_COF1 = NO AND IHD_BLOCK_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous aviez une ou des artères bloquées. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IHD_7A	IHD_BLOCKCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF IHD_BLOCK_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
IHD_BLOCKCHANGE_SP_COF1		

[IF ANY_IHD=1 THEN CONTINUE, IF ANY_IHD=2 AND IHD_MED=1 THEN SKIP TO IHD_MEDHOME_COF1, IF ANY_IHD=2 AND IHD_MED=2 THEN SKIP TO IHD_END]

IHD_8	IHD_MED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner une maladie du coeur?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: IF IHD_MED=1 THEN CONTINUE; IF IHD_MED=2 THEN SKIP TO IHD_MEDNAME_COF1		
IF <u>NO</u>: IF IHD_MED=1 THEN SKIP TO IHD_MEDHOME_COF1 OTHERWISE SKIP TO IHD_EVRMED_COF1		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO IHD_EVRMED_COF1		

IHD_8a	IHD_MEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter une maladie du cœur?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UNE CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: REPEAT FOR ALL IHD DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO IHD_END		
IF <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL IHD DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO IHD_END		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO IHD_END		

IHD_8b	IHD_MEDNAME_COF1	
[ASK IF IHD_MED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre maladie du cœur?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IHD_8b	IHD_MEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF IHD_MEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
IHD_MEDNAME_SP_COF1	01	

IHD_8c	IHD_MEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter une maladie du cœur. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter une maladie du cœur?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UNE CARDIOPATHIE ISCHÉMIQUE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: REPEAT FOR ALL IHD DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO IHD_END		
IF <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL IHD DRUGS; IF ANY_IHD=1 AND LAST DRUG AND ALL ANSWERED “NO” THEN CONTINUE; ELSE IF ANY_IHD=2 OR LAST DRUG AND ANY ANSWERED “YES” THEN SKIP TO IHD_END		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: CONTINUE		

IHD_9	IHD_EVRMED_COF1	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner une maladie du coeur?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IHD_9	IHD_EVRMED_SP_COF1	
[ASK IF IHD_EVRMED_COF1 = YES]		
“YES” Préciser		
IHD_EVRMED_SP_COF1	01	

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

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

ROS_1	ROS_PAIN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà ressenti une douleur ou une gêne dans la poitrine?		
INTERVIEWEUR: MÊME SI LE PARTICIPANT EXPLIQUE QUE SA DOULEUR À LA POITRINE EST LIÉE À L'ESTOMAC, LA RÉPONSE À CETTE QUESTION EST « OUI ». PASSEZ À ROS_HILL_COF1		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ROS_2	ROS_HILL_COF1	
[ASK IF ROS_PAIN_COF1 = YES]		
La ressentez-vous quand vous montez une côte ou quand vous marchez vite?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DONT_WALK_UPHILL	06	Ne monte jamais de côte ou ne marche jamais vite
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

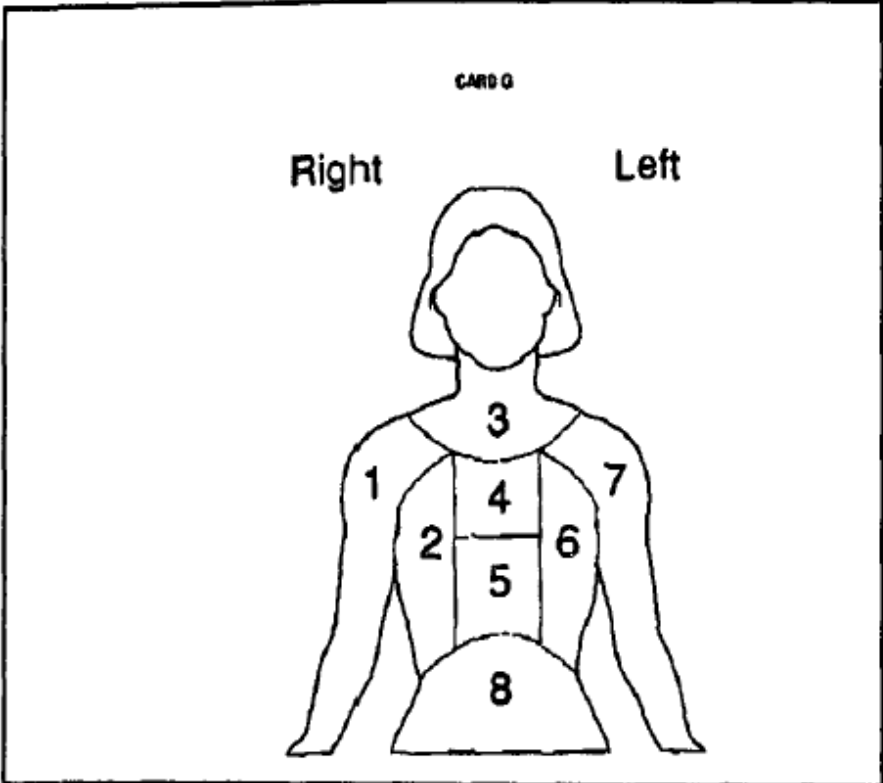
ROS_3	ROS_LEVEL_COF1	
[ASK IF ROS_PAIN_COF1 = YES]		
La ressentez-vous cette douleur quand vous marchez d'un pas normal sur terrain plat?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF NO: IF ROS_HILL_COF1=1 THEN SKIP TO ROS_DOWLK_COF1; IF ROS_HILL_COF1=2 THEN SKIP TO ROS_LOC_COF1		
IF DK_NA OR REFUSED: IF ROS_HILL_COF1=1 THEN SKIP TO ROS_DOWLK_COF1; IF ROS_HILL_COF1=2 THEN SKIP TO ROS_LOC_COF1		

ROS_4	ROS_BLOCK_COF1	
[ASK IF ROS_HILL_COF1 = YES]		
Après avoir marché combien de pâtés de maisons ressentez-vous cette douleur à la poitrine?		
INTERVIEWEUR : INSCRIRE « 00 » SI MOINS D'UN PÂTÉ DE MAISON OU PASSER SI [ROS_HILL_COF1=2 OU ROS_HILL_COF1=6] ET ROS_LEVEL_COF1=2		
ROS_BLOCK_NB_COF1		_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE PÂTÉS DE MAISONS
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

ROS_5	ROS_DOWLK_COF1	
[ASK IF ROS_PAIN_COF1 = YES]		
Que faites-vous si vous la ressentez tandis que vous marchez?		
STOPS_SLOW_DOWN	01	S'arrête ou ralentit
NITRO_CONTINUE	02	Prend de la nitroglycérine et continue au même rythme
CONTINUE	03	Continue au même rythme
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ROS_6	ROS_STILL_COF1	
[ASK IF ROS_DOWLK_COF1 = STOPS_SLOW_DOWN]		
Si vous vous arrêtez, la douleur ou la gêne diminue-t-elle?		
GETS_BETTER	01	Diminue
NOT_GET_BETTER	02	Ne diminue pas
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ROS_7	ROS_SOON_COF1	
[ASK IF ROS_STILL_COF1 = GETS_BETTER]		
Au bout de combien de temps, la douleur ou la gêne diminue-t-elle?		
10_MIN_OR_LESS	01	Dix minutes ou moins
MORE_THAN_10_MIN	02	Plus de dix minutes
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ROS_8	ROS_LOC_COF1						
[ASK IF ROS_PAIN_COF1 = YES]							
Où se localise cette douleur ou gêne? (Voulez-vous me montrer où se localise cette douleur ou gêne?)							
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT							
<p>CARD G</p> 							
01	02	03	04	05	06	07	08
ROS_LOC_01_COF1	ROS_LOC_02_COF1	ROS_LOC_03_COF1	ROS_LOC_04_COF1	ROS_LOC_05_COF1	ROS_LOC_06_COF1	ROS_LOC_07_COF1	ROS_LOC_08_COF1
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse					
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus					

ROS_9	ROS_SEVPAIN_COF1	
[ASK IF ROS_PAIN_COF1 = YES]		
Avez-vous déjà ressenti dans la poitrine une douleur vive « en barre » qui a duré une demi-heure ou plus?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

Arthrose : problème articulaire causé par le vieillissement et l'usure d'une articulation. Les symptômes les plus communs sont la douleur et la raideur des articulations. La douleur est habituellement pire après l'exercice et lorsqu'un poids ou une pression est appliqué sur l'articulation. L'enflure articulaire est normalement observée dans les articulations les plus près des ongles (voir le diagramme à la question OSA_3 plus bas).

La polyarthrite rhumatoïde (qui n'est pas l'objet de cette question) est une maladie de longue durée qui entraîne l'inflammation des articulations et des tissus voisins. Cette maladie commence souvent lentement, habituellement par la douleur, la raideur d'une seule articulation, la raideur et la fatigue. Les symptômes articulaires peuvent inclure de la raideur matinale, une impression de chaleur, de sensibilité et de raideur lorsque l'articulation n'est pas utilisée pendant une heure. La douleur articulaire est souvent ressentie à la même articulation des deux côtés. Avec le temps, les articulations peuvent perdre leur amplitude et être déformées. L'enflure articulaire est normalement observée dans les articulations les plus près de la base des doigts (voir le diagramme à la question OSA_3 plus bas).

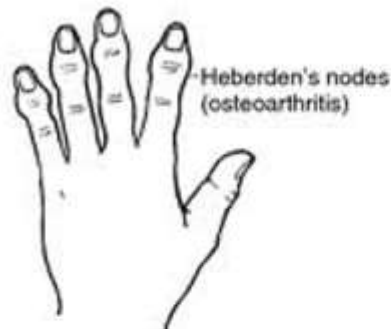
Maintenant, quelques questions sur l'arthrose...

OSA_1	CCC_OAHAND_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

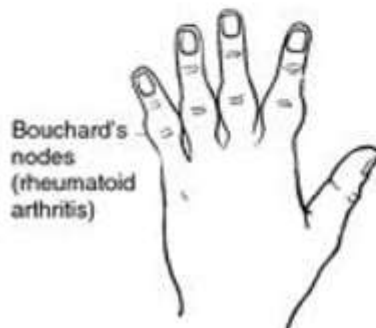
OSA_1a	CCC_OAHAND_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_OAHAND_COF1 = NO AND CCC_OAHAND_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
OSA_1A	CCC_OAHANDCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_OAHAND_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_OAHANDCHANGE_SP_COF1		

OSA_2	OSA_AGE_COF1	
[ASK IF CCC_OAHAND_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose dans une de vos mains, ou les deux?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
OSA_AGE_NB_COF1	Âge	
OSA_AGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus
OSA_3	OSA_LGJNT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Les articulations situées le plus près de vos ongles sont-elles gonflées?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

NOTE:



Swelling in the joints closest to the fingernails.



Swelling in the joints closest to the base of the fingers.

OSA_4	OSA_NBFNG_COF1	
[ASK IF OSA_LGJNT_COF1 = YES]		
Dans combien de doigts observez-vous un gonflement de l'articulation située le plus près de l'ongle?		
LESS_HALF	01	Moins de la moitié
HALF_OR_MORE	02	La moitié ou plus
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_5	OSA_PAINJNT_COF1	
[ASK IF OSA_LGJNT_COF1 = YES]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à la petite articulation située le plus près des ongles?		
REMARQUE : Pour chacune des questions, soulignez que vous voulez connaître la douleur ou la limitation d'amplitude qui aurait pu survenir au cours des <u>quatre dernières semaines</u>.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_6	OSA_LGTMB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
L'articulation située à la base de vos pouces juste après votre poignet est-elle gonflée?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSA_7	OSA_PAINTMB_COF1	
[ASK IF OSA_LGTMB_COF1 = YES]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à la base de vos pouces, juste après votre poignet?		
REMARQUE : pour chacune des questions, soulignez que vous voulez connaître la douleur ou la limitation d'amplitude qui aurait pu survenir au cours des <u>quatre dernières semaines</u>.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

OSH_1	CCC_OAHIP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_1a	CCC_OAHIP_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_OAHIP_COF1 = NO AND CCC_OAHIP_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose à la hanche. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_1A	CCC_OAHIPCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_OAHIP_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_OAHIPCHANGE_SP_COF1		

OSH_2	OSH_AGE_COF1	
[ASK IF CCC_OAHIP_COF1= YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose à la hanche?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
OSH_AGE_NB_COF1	Âge	
OSH_AGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_3	OSH_HIPRPL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi un remplacement de hanche?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_4	OSH_FRAC_COF1	
[ASK IF OSH_HIPRPL_COF1 = YES]		
Vous a-t-on remplacé la hanche, car elle était brisée ou fracturée?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_5	OSH_PAIN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur à l'aîne ou à la partie intérieure du haut de la cuisse?		
REMARQUE : pour chacune des questions, soulignez que vous voulez connaître la douleur ou la limitation d'amplitude qui aurait pu survenir au cours des <u>quatre dernières semaines</u>.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_6	OSH_PAINSL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti de la douleur à l'aîne ou à la partie intérieure du haut de la cuisse en descendant un escalier ou une pente?		
REMARQUE : pour chacune des questions, soulignez que vous voulez connaître la douleur ou la limitation d'amplitude qui aurait pu survenir au cours des <u>quatre dernières semaines</u>.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSH_7	OSH_LOM_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous remarqué une limitation de l'amplitude articulaire de vos hanches?		
REMARQUE : Pour chacune des questions, soulignez que vous voulez connaître la douleur ou la limitation d'amplitude qui aurait pu survenir au cours des <u>quatre dernières semaines</u>.		
Le terme « amplitude » renvoie au mouvement (distance et direction) que peut normalement faire une articulation.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

OSK_1	CCC_OAKNEE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_1a	CCC_OAKNEE_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_OAKNEE_COF1 = NO AND CCC_OAKNEE_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'arthrose au genou. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
OSK_1A	CCC_OAKNEECHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_OAKNEE_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_OAKNEECHANGE_SP_COF1		

OSK_2	OSK_AGE_COF1	
[ASK IF CCC_OAKNEE_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'arthrose au genou?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
OSK_AGE_NB_COF1	Âge	
OSK_AGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_3	OSK_KNERPL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà subi un remplacement du genou?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_4	OSK_PAIN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti, la plupart des jours, de la douleur au genou?		
INTERVIEWEUR : LA DOULEUR PEUT ÊTRE UN INCONFORT		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_5	OSK_PAINSL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous ressenti de la douleur au genou en descendant un escalier ou une pente?		
INTERVIEWEUR : LA DOULEUR PEUT ÊTRE UN INCONFORT		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OSK_6	OSK_SWELL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des quatre dernières semaines, votre genou a-t-il été enflé?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

Maintenant, passons à une nouvelle section...

OAR_1a	CCC_RA_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint de polyarthrite rhumatoïde?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OAR_1a	CCC_RA_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_RA_COF1 = NO AND CCC_RA_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint de polyarthrite rhumatoïde. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OAR_1A	CCC_RACHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_RA_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_RACHANGE_SP_COF1		

OAR_1b	CCC_ARTOT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous étiez atteint d'une autre forme d'arthrite?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OAD_1c	CCC_ARTOT_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_ARTOT_COF1 = NO AND CCC_ARTOT_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous étiez atteint d'une autre forme d'arthrite. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
OAD_1C	CCC_ARTOTCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_ARTOT_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_ARTOTCHANGE_SP_COF1		

OAD_2	OAD_AGE_COF1	
[ASK IF CCC_RA_COF1 = YES OR CCC_ARTOT_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous étiez atteint d'arthrite?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
OAD_AGE_NB_COF1	Âge	
OAD_AGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OAD_3	OAD_MED_COF1	
[ASK IF CCC_RA_COF1 = YES OR CCC_ARTOT_COF1 = YES]		
Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement pour soigner votre arthrite?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OAR_4	OAR_MEDOT_COF1	
[ASK IF OAR_MED_COF1 ≠ YES]		
Avez-vous <u>déjà</u> pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner cette forme d'arthrite?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

OST_1	CCC_OSTPO_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles?		
INTERVIEWEUR : NOTEZ QUE L'OSTÉOPOROSE EST DIFFÉRENTE DE L'ARTHROSE OU OSTÉOARTHRITE		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OST_1a	CCC_OSTPO_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_OSTPO_COF1 = NO AND CCC_OSTPO_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'ostéoporose, parfois appelée faible densité minérale osseuse ou os fragiles ou faibles. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
OST_1A	CCC_OSTPOCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_OSTPO_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_OSTPOCHANGE_SP_COF1		

OST_2	OST_AGE_COF1	
[ASK IF CCC_OSTPO_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'ostéoporose?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
OST_AGE_NB_COF1	Âge	
OST_AGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[IF CCC_OSTPO_COF1=1 CONTINUE, IF CCC_OSTPO_COF1=2 AND OST_MED=1 THEN SKIP TO OST_MEDHOME_COF1, IF CCC_OSTPO_COF1=2 AND OST_MED=2 THEN SKIP TO OST_BONE_COF1]

OST_3	OST_MED_COF1	
[ASK IF OAR_MEDOT_COF1 = NO]		
Prenez-vous actuellement des médicaments pour traiter l'ostéoporose?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: IF OST_MED=1 THEN CONTINUE; IF OST_MED=2 THEN SKIP TO OST_MEDNAME_COF1		
IF <u>NO</u>: IF OST_MED=1 THEN SKIP TO OST_MEDHOME_COF1 OTHERWISE SKIP TO OST_EVRMD_COF1		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO OST_EVRMD_COF1		

OST_3a	OST_MEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'ostéoporose?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'OSTÉOPOROSE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u> OR <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL OSTEOPOROSIS DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO OST_BONE_COF1		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO OST_BONE_COF1		

OST_3b	OST_MEDNAME_COF1	
[ASK IF OST_MED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre ostéoporose?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
OST_3B	OST_MEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF OST_MEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
OST_MEDNAME_SP_COF1	01	

OST_3c	OST_MEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter l'ostéoporose. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter l'ostéoporose?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER L'OSTÉOPOROSE)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: REPEAT FOR ALL OSTEOPOROSIS DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO OST_BONE_COF1		
IF NO: REPEAT FOR ALL OSTEOPOROSIS DRUGS; IF CCC_OSTPO_COF1=1 AND LAST DRUG AND ALL ANSWERED "NO" THEN CONTINUE; ELSE IF CCC_OSTPO_COF1=2 OR LAST DRUG AND ANY ANSWERED "YES" THEN SKIP TO OST_BONE_COF1		
IF DK_NA OR REFUSED: SKIP TO OST_BONE_COF1		

OST_4	OST_EVRMD_COF1	
Avez-vous déjà pris des médicaments pour traiter l'ostéoporose?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OST_5	OST_BONE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà souffert, à l'âge adulte, d'une fracture résultant d'une légère chute ou d'un traumatisme de faible intensité (par exemple, une simple chute de la station debout)?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OST_6	OST_FRAC_COF1	
[ASK IF OST_BONE_COF1 = YES]		
Quel type de fracture était-ce?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES (SAUF SI 98 OU 99 SONT SÉLECTIONNÉES), ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT.		
OST_FRAC_HIP_COF1	01	Hanche
OST_FRAC_ARM_COF1	02	Humérus (bras)
OST_FRAC_SPINE_COF1	03	Colonne vertébrale
OST_FRAC_WRST_COF1	04	Poignet
OST_FRAC_RIB_COF1	05	Côte
OST_FRAC_PELV_COF1	06	Pelvis
OST_FRAC_OT_COF1	97	Autre
OST_FRAC_DK_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
OST_FRAC_RF_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
OST_6	OST_FRAC_OTSP_COF1	
[ASK IF OST_FRAC_COF1 = OST_FRAC_OT_COF1]		
Autre veuillez préciser		
OST_FRAC_OTSP_COF1	01	

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

OST_7	OST_MOM_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Votre mère a-t-elle subi une fracture de la hanche après l'âge de 50 ans?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OST_8	OST_DAD_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Votre père a-t-il subi une fracture de la hanche après l'âge de 50 ans?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OST_9	OST_HGT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Environ combien mesuriez-vous dans la vingtaine (arrondissez au pouce ou au centimètre près)?		
[FOURNIR UNE TABLE DE CONVERSION POUR LES TAILLES DONNÉES EN CENTIMÈTRES]		
INSCRIRE LES DEUX NOMBRES :		
OST_HGT_FT_COF1	PIEDS	
OST_HGT_IN_COF1	POUCES	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OST_10	OST_CST_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Prenez-vous des corticostéroïdes comme la prednisone ou la cortisone en comprimé, ou en avez-vous déjà pris?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OST_10a	OST_CSTAGE_COF1	
[ASK IF OST_CST_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous pris des corticostéroïdes pour la dernière fois?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
OST_CSTAGE_NB_COF1	Âge	
OST_CSTAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OST_10b	OST_CST_MT_COF1	
[ASK IF OST_CST_COF1 = YES]		
Depuis votre naissance, pendant combien de mois avez-vous pris des corticostéroïdes?		
INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE DE MOIS EXACT, INSCRIVEZ LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE		
OST_CST_MTNB_COF1	MOIS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OST_11	OST_BP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà eu mal au dos, la plupart des jours, pendant au moins un mois?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OST_11a	OST_BP_DUR_COF1	
[ASK IF OST_BP_COF1 = YES]		
Pendant combien de temps?		
INTERVIEWEUR : SI LE PARTICIPANT N'EST PAS CERTAIN DU NOMBRE EXACT, INSCRIVEZ LA MEILLEURE ESTIMATION POSSIBLE		
OST_BP_DUR_MT_COF1	MOIS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS
OST_BP_DUR_YR_COF1	ANNÉES	_____ INSCRIRE LE NOMBRE D'ANNÉES
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

OST_12	OST_BCKPPM_COF1	
[ASK IF OST_BP_COF1 = YES]		
Avez-vous ressenti cette douleur au cours des douze derniers mois?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

OST_13	OST_BCKPLOC_COF1	
[ASK IF OST_BP_COF1 = YES]		
Dans quelle partie de votre dos la douleur se situe-t-elle ou se situait-elle?		
UPPER	01	Haut (au-dessus des omoplates)
MIDDLE	02	Milieu
LOWER	03	Bas (sous la taille)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

DPR_1	DPR_CLINDEP_COF1
[ALWAYS ASK]	
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dépression clinique?	
REMARQUE : La sévérité de la dépression varie d'épisodes légers et temporaires de tristesse à une dépression sévère et persistante. Une « dépression clinique » décrit la forme plus sévère de dépression, aussi appelée « dépression majeure » ou « trouble dépressif majeur	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

DPR_1a	DPR_CLINDEP_CHANGE_COF1
[ASK IF DPR_CLINDEP_COF1 = NO AND DPR_CLINDEP_DCS = YES]	
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de dépression clinique. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus
DPR_1A	DPR_CLINDEPCHANGE_SP_COF1
[ASK IF DPR_CLINDEP_CHANGE_COF1 = YES]	
"YES" Préciser	
DPR_CLINDEPCHANGE_SP_COF1	

DPR_2	DPR_AGE_COF1
[ASK IF DPR_CLINDEP_COF1 = YES]	
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de dépression clinique?	
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?	
DPR_AGE_NB_COF1	Âge
DPR_AGE_YR_COF1	Année
DK_NA	9998 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999 [NE PAS LIRE] Refus

[IF DPR_CLINDEP_COF1=1 CONTINUE, IF DPR_CLINDEP_COF1=2 AND DPR_MED=1 THEN SKIP TO DPR_MEDHOME_COF1, IF DPR_CLINDEP_COF1=2 AND DPR_MED=2 THEN SKIP TO DPR_END]

DPR_3	DPR_MED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner la dépression?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES: IF DPR_MED=1 THEN CONTINUE; IF DPR_MED=2 THEN SKIP TO DPR_MEDNAME_COF1		
IF NO: IF DPR_MED=1 THEN SKIP TO DPR_MEDHOME_COF1 OTHERWISE SKIP TO DPR_OTHMD_COF1		
IF DK_NA OR REFUSED: SKIP TO DPR_OTHMD_COF1		

DPR_3a	DPR_MEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter la dépression?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LA DÉPRESSION)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF YES OR NO: REPEAT FOR ALL DEPRESSION DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO DPR_OTHMD_COF1		
IF DK_NA OR REFUSED: SKIP TO DPR_OTHMD_COF1		

DPR_3b	DPR_MEDNAME_COF1	
[ASK IF DPR_MED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre dépression?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
DPR_3B	DPR_MEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF DPR_MEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
DPR_MEDNAME_SP_COF1	01	

DPR_3c	DPR_MEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter la dépression. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter la dépression?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LA DÉPRESSION)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: REPEAT FOR ALL DEPRESSION DRUGS; CONTINUE IF <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL DEPRESSION DRUGS; IF LAST DRUG AND NO DRUGS ANSWERED “YES” AND DPR_CLINDEP_COF1=2 THEN SKIP TO DPR_END; OTHERWISE CONTINUE IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: CONTINUE		

CALCULATE ANY_PMED=1 IF (DPR_MED_COF1=1 OR ANY DRUGS FOR DPR_MEDHOME_COF1 ANSWERED “YES”); ANY_PMED=2 OTHERWISE

DPR_3d	DPR_OTHMD_COF1	
Suivez-vous un autre traitement pour soigner la dépression?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: SKIP TO DPR_END IF <u>NO</u>: IF ANY_PMED=1 THEN SKIP TO DPR_END; OTHERWISE CONTINUE IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: IF ANY_PMED=1 THEN SKIP TO DPR_END; OTHERWISE CONTINUE		

DPR_4	DPR_EVRMED_COF1	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner la dépression?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

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

Pour les prochaines questions, veuillez penser à comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine, c'est-à-dire du **[INSÉRER LA DATE DE LA SEMAINE DERNIÈRE]** à hier. Veuillez choisir la réponse qui convient le mieux à comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine.

Je vous lirai d'abord une question, puis je vous lirai les choix de réponse. Veuillez choisir la réponse qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de la dernière semaine.

DEP_1	DEP_BOTR_COF1
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence avez-vous été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne vous dérangent pas?	
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.	
ALL_TIME	01 Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02 Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03 Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04 Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

DEP_2	DEP_MIND_COF1
[ALWAYS ASK]	
À quelle fréquence avez-vous eu du mal à vous concentrer sur ce que vous faisiez?	
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.	
ALL_TIME	01 Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02 Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03 Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04 Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

DEP_3	DEP_FLDP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)?		
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.		
ALL_TIME	01	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_4	DEP_FFRT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous eu l'impression que toute action vous demandait un effort?		
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.		
ALL_TIME	01	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_5	DEP_HPFL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous été confiant(e) en l'avenir?		
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.		
ALL_TIME	01	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

DEP_6	DEP_FRFL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) craintif(ve) ou larmoyant(e)?		
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.		
ALL_TIME	01	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_7	DEP_RSTLS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence votre sommeil n'a-t-il pas été bon?		
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.		
ALL_TIME	01	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_8	DEP_HAPP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous été heureux(se)?		
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.		
ALL_TIME	01	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_9	DEP_LONLY_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) seul(e)?		
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.		
ALL_TIME	01	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

DEP_10	DEP_GTGO_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quelle fréquence avez-vous senti(e) que vous manquiez d'entrain?		
INTERVIEWEUR : LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
REMARQUE : Lire les choix de réponses exactement comme ils ont été rédigés.		
ALL_TIME	01	Tout le temps (5 à 7 jours)
OCCASIONALLY	02	Occasionnellement (3 à 4 jours)
SOME_TIME	03	Parfois (1 à 2 jours)
RARELY_NEVER	04	Rarement ou jamais (moins d'un jour)
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

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

PKD_1	CCC_PARK_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson?		
REMARQUE : Le parkinsonisme est une affection qui entraîne une combinaison de mouvements anormaux associés à la maladie de Parkinson, tels que des tremblements, de la lenteur au niveau des mouvements, des problèmes d'élocution ou de la rigidité musculaire. Les personnes atteintes de parkinsonisme ne sont pas toutes atteintes de la maladie de Parkinson. La maladie de Parkinson est une affection dégénérative du système nerveux central. Au début de la maladie, les symptômes les plus visibles sont associés aux mouvements et incluent des tremblements, de la rigidité, une lenteur du mouvement et de la difficulté à marcher et à avoir une démarche normale. Plus tard, des troubles cognitifs et comportementaux peuvent apparaître et la démence débute à un stade avancé de la maladie. D'autres symptômes peuvent survenir, comme des problèmes sensoriels, des troubles de sommeil et des problèmes émotionnels.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_1a	CCC_PARK_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_PARK_COF1 = NO AND CCC_PARK_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez de parkinsonisme ou de la maladie de Parkinson. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
PKD_1A	CCC_PARKCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_PARK_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_PARKCHANGE_SP_COF1		

PKD_2	PKD_AGE_COF1	
[ASK IF CCC_PARK_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année avez-vous commencé à souffrir de parkinsonisme ou vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez de la maladie de Parkinson?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
PKD_AGE_NB_COF1	Âge	
PKD_AGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

[IF CCC_PARK_COF1=1 CONTINUE, IF CCC_PARK_COF1=2 AND PKD_MED=1 THEN SKIP TO PKD_MEDHOME_COF1, IF CCC_PARK_COF1=2 AND PKD_MED=2 THEN SKIP TO PKD_SHKE_COF1]

PKD_3	PKD_MED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: IF PKD_MED=1 THEN CONTINUE; IF PKD_MED=2 THEN SKIP TO PKD_MEDNAME_COF1		
IF <u>NO</u>: IF PKD_MED=1 THEN SKIP TO PKD_MEDHOME_COF1 OTHERWISE SKIP TO PKD_OTHMD_COF1		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO PKD_OTHMD_COF1		

PKD_3a	PKD_MEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LE PARKINSONISME)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u> OR <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL PARKINSONISM DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO PKD_OTHMD_COF1		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO PKD_OTHMD_COF1		

PKD_3b	PKD_MEDNAME_COF1	
[ASK IF PKD_MED_COF1= YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre parkinsonisme ou votre maladie de Parkinson?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
PKD_3B	PKD_MEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF PKD_MEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
PKD_MEDNAME_SP_COF1	01	

PKD_3c	PKD_MEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER LE PARKINSONISME)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: REPEAT FOR ALL PARKINSONISM DRUGS; CONTINUE IF <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL PARKINSONISM DRUGS; IF LAST DRUG AND NO DRUGS ANSWERED "YES" AND CCC_PARK_COF1=2 THEN SKIP TO PKD_SHKE_COF1; OTHERWISE CONTINUE IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: CONTINUE		

CALCULATE ANY_PMED=1 IF (PKD_MED_COF1=1 OR ANY DRUGS FOR PKD_MEDHOME_COF1 ANSWERED "YES"); ANY_PMED=2 OTHERWISE

PKD_3d	PKD_OTHMD_COF1	
Suivez-vous un autre traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

IF YES: SKIP TO PKD_SHKE_COF1

IF NO: IF ANY_PMED=1 THEN SKIP TO PKD_SHKE_COF1; OTHERWISE CONTINUE

IF DK_NA OR REFUSED: IF ANY_PMED=1 THEN SKIP TO PKD_SHKE_COF1; OTHERWISE CONTINUE

PKD_4	PKD_EVRMED_COF1	
Avez-vous déjà pris des médicaments ou suivi un traitement pour soigner le parkinsonisme ou la maladie de Parkinson?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_5	PKD_SHKE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vos bras ou vos jambes tremblent-ils?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_5a	PKD_SHKSEV_COF1	
[ASK IF PKD_SHKE_COF1 = YES]		
Ce tremblement est-il plus important ou perceptible lorsque vos membres sont au repos ou lorsque vous vous en servez?		
RESTING	01	Au repos
DURING_USE_ACTION	02	Pendant l'utilisation
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_6	PKD_SMWRT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Votre écriture est-elle plus petite qu'auparavant?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_7	PKD_BUTON_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à attacher les boutons?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_8	PKD_VOICE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vous a-t-on mentionné que votre voix est plus faible qu'auparavant?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_9	PKD_FEET_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vos pieds bloquent-ils soudainement dans les entrées de porte?		
INTERVIEWEUR : LES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE DE PARKINSON SAVENT CE QUE CETTE EXPRESSION SIGNIFIE. SI UN PARTICIPANT NE COMPREND PAS CE QUE ÇA VEUT DIRE, INSCRIVEZ « NON »		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_10	PKD_WALK_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Traînez-vous les pieds et/ou faites-vous de petits pas lorsque vous marchez?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_11	PKD_BAL_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Votre équilibre est-il mauvais?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_12	PKD_FACE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Votre visage est-il moins expressif qu'auparavant?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PKD_13	PKD_RISE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous de la difficulté à vous lever d'une chaise?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

<i>Obstruction chronique des voies respiratoires (CAO) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)</i>

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

CAO_1	CCC_ASTHM_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez d'asthme?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_1a	CCC_ASTHM_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_ASTHM_COF1 = NO AND CCC_ASTHM_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez d'asthme. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_1A	CCC_ASTHMCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_ASTHM_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_ASTHMCHANGE_SP_COF1		

CAO_2	CCC_ASTHMAGE_COF1	
[ASK IF CCC_ASTHM_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'asthme?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CCC_ASTHMAGE_NB_COF1	Âge	
CCC_ASTHMAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_3	CAO_WHEZ_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Votre respiration a-t-elle déjà été sifflante au cours de <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_4	CAO_SOBFLAT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Êtes-vous essoufflé(e) en marchant sur une surface plane?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_5	CAO_EXERT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Votre respiration devient-elle sifflante lors d'un effort léger ou modéré?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_6	CAO_SOBUP_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Êtes-vous essoufflé(e) en montant un escalier ou une pente douce?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_7	CAO_SOBPM_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense au cours des <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_8	CAO_WKWHEZ_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vous êtes-vous déjà réveillée avec la respiration sifflante au cours des <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_9	CAO_WKCOF_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vous êtes-vous déjà réveillée avec une quinte de toux au cours des <u>12 derniers mois</u> ?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_10	CAO_WKSOB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous déjà été essoufflé(e) le jour pendant que vous étiez au repos au cours des 12 derniers mois?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_11	CCC_COPD_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous souffriez ou aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette?		
INTERVIEWEUR : LE TABAGISME RENVOIE UNIQUEMENT AUX « CHANGEMENTS CHRONIQUES AUX POUMONS CAUSÉS PAR LA CIGARETTE » ET NON À L'EMPHYSÈME OU À LA MPOC.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_11a	CCC_COPD_CHANGE_COF1	
[ASK IF CCC_COPD_COF1 = NO AND CCC_COPD_DCS = YES]		
Lors de votre première entrevue à l'ÉLCV, vous avez répondu que OUI un médecin vous avait déjà dit que vous souffriez ou aviez souffert d'une ou de plusieurs des maladies suivantes : emphysème, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou des changements chroniques aux poumons causés par la cigarette. Est-ce que votre diagnostic a changé depuis cette entrevue?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CAO_11b	CCC_COPDCHANGE_SP_COF1	
[ASK IF CCC_COPD_CHANGE_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CCC_COPDCHANGE_SP_COF1		

CAO_12	CAO_COPDAGE_COF1	
[ASK IF CCC_COPD_COF1 = YES]		
À quel âge ou en quelle année vous a-t-on dit pour la première fois que vous souffriez d'emphysème, de bronchite chronique, de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou de changements chroniques aux poumons?		
INTERVIEWEUR : L'ANNÉE EXACTE EST PRÉFÉRABLE. INSCRIRE L'INFORMATION LA PLUS PRÉCISE POSSIBLE. POUR ÊTRE ACCEPTABLE, LA RÉPONSE NE DOIT PAS S'ÉCARTER DE PLUS DE CINQ ANS. DEMANDER DES PRÉCISIONS AU PARTICIPANT EN DISANT : POUVEZ-VOUS PRÉCISER?		
CAO_COPDAGE_NB_COF1	Âge	
CAO_COPDAGE_YR_COF1	Année	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_13	CAO_COLD_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Attrapez-vous souvent des rhumes qui durent plus longtemps que ceux des personnes de votre entourage?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_14	CAO_COFPY_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous toussé habituellement la plupart des jours?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_15	CAO_COFAM_COF1	
[ASK IF CAO_COFPY_COF1 ≠ NO]		
Le matin, crachez-vous des mucosités?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_16	CAO_COFMAM_COF1	
[ASK IF CAO_COFAM_COF1 = YES]		
Crachez-vous des mucosités la plupart des matins?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

CAO_17	CAO_PHLEGMPY_COF1	
[ASK IF CAO_COFPY_COF1 ≠ NO]		
Pendant toute l'année, produisez-vous des mucosités la plupart des jours?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

**CALCULATE ANY_CAO=1 IF CCC_ASTHM_COF1=1 OR CCC_COPD_COF1=1; ANY_CAO=2 OTHERWISE
[IF ANY_CAO=1 THEN CONTINUE, IF ANY_CAO=2 AND CAO_MED=1 THEN SKIP TO CAO_MEDHOME_COF1, IF ANY_CAO=2 AND CAO_MED=2 THEN SKIP TO CAO_END]**

CAO_18	CAO_MED_COF1	
Prenez-vous actuellement des médicaments pour des troubles respiratoires?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u>: IF CAO_MED=1 THEN CONTINUE; IF CAO_MED=2 THEN SKIP TO CAO_MEDNAME_COF1		
IF <u>NO</u>: IF CAO_MED=1 THEN SKIP TO CAO_MEDHOME_COF1 OTHERWISE SKIP TO CAO_END		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO CAO_END		

CAO_18a	CAO_MEDCUR_COF1	
Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter des troubles respiratoires?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UNE OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
IF <u>YES</u> OR <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL CAO DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO CAO_END		
IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: SKIP TO CAO_END		

CAO_18b	CAO_MEDNAME_COF1	
[ASK IF CAO_MED_COF1 = YES]		
Pouvez-vous me dire le nom des médicaments que vous prenez pour traiter votre trouble respiratoire?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
CAO_18b1	CAO_MEDNAME_SP_COF1	
[ASK IF CAO_MEDNAME_COF1 = YES]		
"YES" Préciser		
CAO_MEDNAME_SP_COF1	01	

CAO_18c	CAO_MEDHOME_COF1	
Votre entrevue à domicile indique que vous prenez du <NOMDUMÉDICAMENT> qui peut être utilisé pour traiter un trouble respiratoire. Prenez-vous actuellement du <NOMDUMÉDICAMENT> pour traiter un trouble respiratoire?		
(DEMANDEZ POUR CHAQUE MÉDICAMENT QUE LE PARTICIPANT PREND ACTUELLEMENT QUI EST INDIQUÉ POUR TRAITER UNE OBSTRUCTION CHRONIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus
<p>IF <u>YES</u>: REPEAT FOR ALL CAO DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO CAO_END</p> <p>IF <u>NO</u>: REPEAT FOR ALL CAO DRUGS; IF LAST DRUG THEN SKIP TO CAO_END</p> <p>IF <u>DK_NA</u> OR <u>REFUSED</u>: CONTINUE</p>		

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

This module uses the Canadian Longitudinal Study on Aging Epilepsy Algorithm (CLSA-EA) questionnaire. The CLSA-EA questionnaire was developed and validated by Dr. Mark Keezer and his research team.

EPI_1	EPI_EVER_COF1
[ALWAYS ASK]	
(À part la crise (ou les crises) d'épilepsie en raison d'une forte fièvre), avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de troubles épileptiques ou d'épilepsie?	
REMARQUE : L'épilepsie est un trouble du système nerveux central (trouble neurologique) dans lequel l'activité des cellules nerveuses est perturbée, ce qui cause des crises ou des périodes où le comportement et les sensations sont inhabituels, et qui provoque parfois une perte de conscience. Les symptômes d'une crise d'épilepsie peuvent varier considérablement. Certaines personnes atteintes d'épilepsie peuvent simplement regarder dans le vide pendant quelques secondes pendant une crise, alors que d'autres contractent leurs bras et leurs jambes de manière répétée.	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

EPI_2	EPI_MED_COF1
[ALWAYS ASK]	
Avez-vous déjà pris des médicaments pour prévenir des crises d'épilepsie?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

EPI_3	EPI_CAUS_FEV_COF1
[ALWAYS ASK]	
Vous a-t-on déjà dit que vous aviez eu une crise d'épilepsie ou des convulsions en raison d'une forte fièvre quand vous étiez enfant?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

EPI_3b	EPI_CAUS_COF1				
[ALWAYS ASK]					
(À part la crise (ou les crises) d'épilepsie en raison d'une forte fièvre), avez-vous déjà souffert ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez souffert de l'un ou l'autre des problèmes suivants...					
CONSIGNE À L'INTERVIEWEUR : IL FAUT RÉPONDRE (OUI / NON / NSP_PR / REFUS) À CHAQUE QUESTION DU TABLEAU					
		Oui	Non	NSP / PR	RF
EPI_CAUS_SEIZ_COF1	i. Une attaque, crise ou épisode de convulsions, peu importe les circonstances?				
EPI_CAUS_TWIT_COF1	ii. Des mouvements incontrôlés d'une partie de votre corps ou de tout votre corps, comme des secousses musculaires, des mouvements saccadés, des tremblements ou devenir mou?				
EPI_CAUS_MENT_COF1	iii. Un changement inexplicable de votre état mental ou de votre niveau de conscience, ou un épisode d'absence que vous ne pouviez pas contrôler?				
EPI_CAUS_DREM_COF1	iv. Vous a-t-on déjà dit que, quand vous étiez un jeune enfant, vous rêvassiez ou vous regardiez dans le vide plus que les autres enfants?				
EPI_CAUS_BDMV_COF1	v. Avez-vous déjà remarqué des mouvements corporels ou des sensations lorsque vous étiez en présence d'une lumière stroboscopique, de jeux vidéo, d'une lumière vacillante ou du soleil éblouissant?				
EPI_CAUS_JERK_COF1	vi. Peu après votre réveil, le matin ou après une sieste, avez-vous déjà remarqué des secousses musculaires incontrôlables ou de la maladresse, comme échapper des choses ou les objets qui « volent » de vos mains?				
EPI_CAUS_SPEL_COF1	vii. Avez-vous déjà éprouvé d'autres types d'épisodes inhabituels répétés?				

EPI_4a	EPI_EPILSZ_COF1	
[ASK IF EPI_EVER_COF1=YES]		
Avez-vous eu une crise d'épilepsie durant les dernières cinq années?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

EPI_4b	EPI_CURRMED_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Présentement, prenez-vous des médicaments pour prévenir des crises d'épilepsie?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

Santé bucco-dentaire (ORH) – (visite régulière/à domicile/par téléphone/abrégée)

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

Les prochaines questions portent sur la santé de votre bouche, y compris vos dents ou dentiers, votre langue, vos gencives, vos lèvres et vos articulations de la mâchoire.

ORH_1	ORH_HLTH_COF1
[ALWAYS ASK]	
En général, diriez-vous que la santé de votre bouche est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise?	
ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE	
EXCELLENT	01 Excellente
VERY_GOOD	02 Très bonne
GOOD	03 Bonne
FAIR	04 Passable
POOR	05 Mauvaise
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

ORH_2	ORH_TEETH_COF1
[ALWAYS ASK]	
Vous reste-t-il une ou plusieurs dents naturelles?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

ORH_3	ORH_TETH20_COF1	
[ASK IF ORH_TEETH_COF1 = YES, DK_NA OR REFUSED]		
Vous reste-t-il au moins 20 dents naturelles?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : DEMANDER AU PARTICIPANT DE COMPTER SES DENTS NATURELLES		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_3a	ORH_DENT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Portez-vous des dentiers, des prothèses dentaires ou de fausses dents?		
CONSIGNES À L'INTERVIEWEUR : METTEZ L'ACCENT SUR LE VERBE « PORTEZ » ET COMPTÉZ LES FAUSSES DENTS ET LES DENTIERES OU PARTIELS QUI PEUVENT ÊTRE ENLEVÉS (NE COMPTÉZ PAS LES DENTIERES QUE LE PARTICIPANT NE PEUT PAS RETIRER, P. EX. LES COURONNES FIXÉES SUR DES IMPLANTS)		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_3b	ORH_DNUSE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous des dentiers ou des fausses dents que vous n'utilisez pas?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_4	ORH_UNCEAT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous évité de consommer des aliments spécifiques à cause de problèmes dans votre bouche? Diriez-vous... LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	01	Souvent
SOMETIMES	02	Parfois
RARELY	03	Rarement
NEVER	04	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_5	ORH_EXP_DNB_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu l'un ou l'autre des problèmes suivants?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
ORH_EXP_TTH_COF1	01	Mal de dents
ORH_EXP_CHW_COF1	02	Difficulté à mastiquer correctement
ORH_EXP_DNU_COF1	03	Dentier inconfortable
ORH_EXP_DNL_COF1	04	Dentier desserré ou mal ajusté
ORH_EXP_DNB_COF1	05	Dentier brisé
ORH_EXP_DNT_COF1	06	Dentier perdu
ORH_EXP_SWL_COF1	07	Enflure dans la bouche
ORH_EXP_DRM_COF1	08	Bouche sèche
ORH_EXP_BRM_COF1	09	Brûlement dans la bouche
ORH_EXP_JWS_COF1	10	Douleur aux muscles de la mâchoire
ORH_EXP_JJP_COF1	11	Douleur aux articulations de la mâchoire
ORH_EXP_TTD_COF1	12	Caries dentaires
ORH_EXP_NTL_COF1	13	Déchaussement d'une dent naturelle
ORH_EXP_NTB_COF1	14	Fracture d'une dent naturelle
ORH_EXP_GUMS_COF1	15	Douleur aux gencives autour des dents naturelles
ORH_EXP_GUMB_COF1	16	Saignement aux gencives autour des dents naturelles
ORH_EXP_DNS_COF1	17	Douleur au niveau du dentier
ORH_EXP_TTC_COF1	18	Difficulté à garder vos dents naturelles propres
ORH_EXP_DNC_COF1	19	Difficulté à garder votre dentier propre
ORH_EXP_BB_COF1	20	Mauvaise haleine
ORH_EXP_NONE_COF1	96	Aucun de ces problèmes
ORH_EXP_OT_COF1	97	Autre
ORH_EXP_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
ORH_EXP_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
ORH_5a	ORH_EXP_OTSP_COF1	
[ASK IF ORH_EXP_DNB_COF1= ORH_EXP_OT_COF1]		
Autre (veuillez préciser)		
ORH_EXP_OTSP_COF1	01	

ORH_6	ORH_DNVST_COF1	
[ALWAYS ASK]		
À quand remonte votre dernière visite chez un professionnel des soins dentaires, tel que dentiste, hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste?		
LAST_12_MONTH	01	Au cours des douze derniers mois
LAST_5_YEARS	02	Au cours des cinq dernières années
LAST_10_YEARS	03	Au cours des dix dernières années
MORE_10_YEARS	04	Il y a plus de dix ans
NEVER	05	N'est jamais allé(e) chez le dentiste
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_7	ORH_WYNDN_COF1	
[ASK IF ORH_DNVST_COF1 ≠ LAST_12_MONTH]		
Pourquoi n'avez-vous pas consulté un professionnel des soins dentaires (p. ex. dentiste, hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste) au cours de la dernière année?		
ORH_WYNDN_NEED_COF1	01	Pas nécessaire
ORH_WYNDN_APNT_COF1	02	Difficulté à avoir un rendez-vous
ORH_WYNDN_DENT_COF1	03	Aucun dentiste dans la région
ORH_WYNDN_HYGT_COF1	04	Aucun hygiéniste dentaire, prothésiste dentaire, denturologiste dans la région
ORH_WYNDN_TRAN_COF1	05	Problèmes de transport
ORH_WYNDN_LANG_COF1	06	Problèmes de langue
ORH_WYNDN_PERS_COF1	07	Responsabilités personnelles ou familiales
ORH_WYNDN_LEAV_COF1	08	Incapable de sortir de son domicile à cause d'un problème de santé
ORH_WYNDN_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
ORH_WYNDN_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_8	ORH_TYPINS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Quel type d'assurance dentaire avez-vous?		
PRIVATE	01	Privée
GOVT	02	Gouvernementale
NONE	96	Aucune
DK_NA	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	99	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_9	ORH_COST_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous évité de vous rendre chez un professionnel des soins dentaires à cause du coût des soins dentaires?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_10	ORH_PRBHT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous éprouvé de la difficulté à recevoir des traitements dentaires à cause d'un problème de santé? Diriez-vous...		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
OFTEN	01	Souvent
SOMETIMES	02	Parfois
RARELY	03	Rarement
NEVER	04	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_11	ORH_BRUSDN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Brossez-vous vous-même vos dents ou vos dentiers?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_12	ORH_WHO_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Si vous avez besoin d'assistance pour les soins buccaux, qui vous donne cette aide?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE		
FAMILY	01	Membre de la famille
FRIEND	02	Amis
CARE_AID	03	Préposé(e)/infirmier(ère)
OTHER	04	Autre
NO_ONE	05	Personne
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

ORH_13	ORH_OFTN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Habituellement, à quelle fréquence vos dents ou dentiers sont-ils lavés?		
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE (METTEZ L'ACCENT SUR « HABITUELLEMENT »)		
MORE_ONCE_DAY	01	Plus d'une fois par jour
ONCE_DAY	02	Au moins une fois par jour
ONCE_WEEK	03	Au moins une fois par semaine
MORE_ONCE_WEEK	04	Plus d'une fois par semaine
ONCE_MONTH	05	Au moins une fois par mois
NEVER	06	Jamais
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

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

SLE_1	SLE_QLTY_COF1		
[ALWAYS ASK]			
À quel point êtes-vous satisfait(e) / insatisfait(e) de votre sommeil actuel?			
LIRE LA LISTE, ENREGISTRER UNE SEULE RÉPONSE			
VERY_SATISFIED	01	Très satisfait(e)	
SATISFIED	02	Satisfait(e)	
NEUTRAL	03	Neutre	
DISSATISFIED	04	Insatisfait(e)	
VERY_DISSATISFIED	05	Très insatisfait(e)	
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus	

SLE_2	SLS_HOUR_COF1		
[ALWAYS ASK]			
Au cours du <u>dernier mois</u> , en moyenne combien d'heures de sommeil aviez-vous habituellement par nuit?			
CE CHIFFRE PEUT ÊTRE DIFFÉRENT DU NOMBRE D'HEURES QUE VOUS PASSEZ AU LIT.			
SLS_HOUR_NB_COF1	HOURS	____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=00, MAX=24	
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus	

SLE_3	SLS_30MIN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois vous a-t-il fallu plus de 30 minutes pour vous endormir?		
NEVER	01	Jamais
LESS_ONCE_WEEK	02	< 1 / semaine
1_2_TIME_WEEK	03	Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	04	3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	05	6 à 7 fois / semaine
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_3a	SLE_30DUR_COF1	
[ASK IF SLS_30MIN_COF1 ≠ NEVER, LESS_ONCE_WEEK, DK_NA OR REFUSED]		
Depuis combien de temps avez-vous de la difficulté à vous endormir?		
SLE_30DUR_WK_COF1	WEEKS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=52
SLE_30DUR_MT_COF1	MONTHS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=12
SLE_30DUR_YR_COF1	YEARS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK : MIN=01, MAX=CURRENT AGE
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_3b	SLE_30INTRF_COF1	
[ASK IF SLS_30MIN_COF1 ≠ NEVER, LESS_ONCE_WEEK, DK_NA OR REFUSED]		
À quel point considérez-vous que cette difficulté à vous endormir perturbe votre fonctionnement quotidien (par exemple, fatigue dans la journée, capacité d'effectuer les tâches quotidiennes ou à travailler, concentration, mémoire, humeur, etc.)?		
NOT_AT_ALL	01	Aucunement
LITTLE	02	Légèrement
SOMEWHAT	03	Moyennement
MUCH	04	Très
VERY_MUCH	05	Extrêmement
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_4	SLE_MIDFQ_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) au milieu de la nuit ou très tôt le matin et avez eu de la difficulté à vous rendormir?		
NEVER	01	Jamais
LESS_ONCE_WEEK	02	< 1 / semaine
1_2_TIME_WEEK	03	Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	04	3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	05	6 à 7 fois / semaine
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_4a	SLE_MIDDUR_COF1	
[ASK IF SLE_MIDFQ_COF1 ≠ NEVER, LESS_ONCE_WEEK, DK_NA OR REFUSED]		
Depuis combien de temps avez-vous de la difficulté à rester endormi(e)?		
SLE_MIDDUR_WK_COF1	WEEKS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=52
SLE_MIDDUR_MT_COF1	MONTHS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=12
SLE_MIDDUR_YR_COF1	YEARS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=CURRENT AGE
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_4b	SLE_MIDINTRF_COF1	
[ASK IF SLE_MIDFQ_COF1 ≠ NEVER, LESS_ONCE_WEEK, DK_NA OR REFUSED]		
À quel point considérez-vous que cette difficulté à rester endormi(e) perturbe votre fonctionnement quotidien (par exemple, fatigue dans la journée, capacité d'effectuer les tâches quotidiennes ou à travailler, concentration, mémoire, humeur, etc.)?		
NOT_AT_ALL	01	Aucunement
LITTLE	02	Légèrement
SOMEWHAT	03	Moyennement
MUCH	04	Très
VERY_MUCH	05	Extrêmement
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_5	SLE_STAYFQ_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois avez-vous ressenti de la difficulté à rester éveillé(e) pendant vos heures normales d'éveil lorsque vous le désiriez?		
NOTES À L'INTERVIEWEUR : SI FAIRE UNE SIESTE EST UNE ACTIVITÉ RÉGULIÈRE ET VOLONTAIRE, NE LA « COMPTEZ » PAS. SI LE PARTICIPANT DIT QU'IL N'A PAS DE DIFFICULTÉ À RESTER ÉVEILLÉ, QU'IL FASSE UNE SIESTE OU NON, NOUS DEVONS LE CROIRE.		
NEVER	01	Jamais
LESS_ONCE_WEEK	02	< 1 / semaine
1_2_TIME_WEEK	03	Une ou deux fois / semaine
3_5_TIMES_WEEK	04	3 à 5 fois / semaine
6_7_TIMES_WEEK	05	6 à 7 fois / semaine
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_5a	SLE_STAYDUR_COF1	
[ASK IF SLE_STAYFQ_COF1 ≠ NEVER, LESS_ONCE_WEEK, DK_NA OR REFUSED]		
Depuis combien de temps avez-vous cette difficulté à rester éveillé(e)?		
SLE_STAYDUR_WK_COF1	WEEKS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=52
SLE_STAYDUR_MT_COF1	MONTHS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=12
SLE_STAYDUR_YR_COF1	YEARS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=CURRENT AGE
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_5b	SLE_STAYINTRF_COF1	
[ASK IF SLE_STAYFQ_COF1 ≠ NEVER, LESS_ONCE_WEEK, DK_NA OR REFUSED]		
À quel point considérez-vous que cette difficulté à rester éveillé(e) perturbe votre fonctionnement quotidien?		
NOT_AT_ALL	01	Aucunement
LITTLE	02	Légèrement
SOMEWHAT	03	Moyennement
MUCH	04	Très
VERY_MUCH	05	Extrêmement
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_6	SLE_DREAM_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vous a-t-on déjà dit que vous « mimiez » vos rêves en dormant (par exemple, frapper, gesticuler, faire semblant de courir, etc.) ou croyez-vous le faire?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_6a	SLE_DRMDUR_COF1	
[ASK IF SLE_DREAM_COF1 = YES]		
Depuis combien de temps « mimez-vous » vos rêves?		
SLE_DRMDUR_WK_COF1	WEEKS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=52
SLE_DRMDUR_MT_COF1	MONTHS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=12
SLE_DRMDUR_YR_COF1	YEARS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=CURRENT AGE
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_7	SLE_LEGS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Ressez-vous de l'inconfort dans vos jambes quand vous êtes assis(e) ou allongé(e) ou en avez-vous déjà ressenti?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8	SLE_LGURG_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Éprouvez-vous le besoin récurrent de bouger vos jambes quand vous êtes assis(e) ou allongé(e) ou l'avez-vous déjà éprouvé?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8a	SLE_LGDUR_COF1	
[ASK IF SLE_LEGS_COF1 = YES OR SLE_LGURG_COF1 = YES]		
Depuis combien de temps éprouvez-vous cet inconfort ou ce besoin de bouger?		
SLE_LGDUR_WK_COF1	WEEKS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=52
SLE_LGDUR_MT_COF1	MONTHS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=12
SLE_LGDUR_YR_COF1	YEARS	_____ INSCRIRE LE NOMBRE, MASK: MIN=01, MAX=CURRENT AGE
DK_NA	9998	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	9999	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8b	SLE_LGFQ_COF1	
[ASK IF SLE_LEGS_COF1 = YES OR SLE_LGURG_COF1 = YES]		
Au cours du <u>dernier mois</u> , combien de fois (par semaine, en moyenne) avez-vous éprouvé cet inconfort ou ce besoin de bouger?		
LESS_THAN_ONCE	01	Moins d'une fois
ONCE_TWICE	02	Une ou deux fois
3_4_TIMES	03	Trois ou quatre fois
MORE_4_TIMES	04	Plus de quatre fois
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8c	SLE_LGIMPR_COF1	
[ASK IF SLE_LGURG_COF1 = YES]		
Est-ce que cet inconfort ou ce besoin de bouger les jambes disparaît / s'améliore lorsque que vous êtes actif(ve) ou lorsque vous bougez?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SLE_8d	SLE_LGEVE_COF1	
[ASK IF SLE_LGURG_COF1 = YES]		
Est-ce que cet inconfort ou ce besoin de bouger empire le soir ou la nuit comparativement au matin?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

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

SNO_1	SNO_SNORE_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Avez-vous un ronflement sonore? Par « sonore », je veux dire suffisamment puissant pour être entendu à travers une porte fermée.		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

SNO_2	SNO_STOPBREATH_COF1	
[ALWAYS ASK]		
A-t-on observé des arrêts respiratoires pendant votre sommeil?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

Maltraitance envers les aînés (PSY) – (visite régulière/par téléphone/abrégée)

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

Aperçu	<p>Ici, nous voulons savoir comment les adultes plus âgés se sentent par rapport à leur bien-être et à leur sécurité. Ce module porte la maltraitance et l'abus envers les aînés. Les informations recueillies dans ce module seront utilisées pour développer des politiques qui aideront à prévenir les mauvais traitements et l'abus envers les aînés au Canada.</p> <p>Je vous rappelle que votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Vous pouvez refuser de répondre à toute question et vous pouvez arrêter à tout moment si les questions vous rendent mal à l'aise. Souvenez-vous que tous les renseignements fournis sont strictement confidentiels. Dans les prochaines questions, je vous demanderai si une personne qui est dans votre vie présentement vous fait du mal, vous empêche de prendre vos médicaments ou d'accéder à votre argent. Si vous ne souhaitez pas répondre aux questions ou fournir un quelconque détail, vous n'êtes pas tenu(e) de le faire. Veuillez me le dire et nous passerons à la prochaine question. À tout moment, si vous souhaitez arrêter, vous n'avez qu'à m'en informer.</p>
---------------	---

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur certaines choses pouvant vous amener à vivre de la détresse émotionnelle. Parfois, des personnes proches de vous telles que votre conjoint/conjointe, votre époux/épouse, un membre de votre famille, un ami ou une personne qui prend soin de vous peuvent vous faire vivre de la détresse émotionnelle.

Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un vous a-t-il...

PSY_1	PSY_CRT_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Critiqué?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PSY_1a	PSY_OFTCRT_COF1	
[ASK IF PSY_CRT_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PSY_1b	PSY_WHOCRT_COF1				
[ASK IF PSY_CRT_COF1 = YES]					
Qui vous a fait cela?					
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT					
WHOVRT_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)			
WHOVRT_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur			
WHOVRT_CHILD_COF1	03	Enfant			
WHOVRT_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant			
WHOVRT_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille			
WHOVRT_FRIEND_COF1	06	Ami			
WHOVRT_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré			
WHOVRT_OTHER_COF1	97	Autre			
WHOVRT_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse			
WHOVRT_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus			
PSY_1c	PSY_WHOVRT_OTSP_COF1				
[ASK IF PSY_WHOVRT_COF1 = OTHER]					
Autre (veuillez préciser)					
PSY_WHOVRT_OTSP_COF1	01				

PSY_1c	PSY_SEXCRT2_COF1					
[ASK IF PSY_CRT_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PSY_SEXCRT2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PSY_SEXCRT2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PSY_SEXCRT2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PSY_SEXCRT2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PSY_SEXCRT2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PSY_SEXCRT2_FRI_COF1	06	Ami				
PSY_SEXCRT2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PSY_SEXCRT2_OTSP_COF1	97	Autre				

PSY_1d	PSY_LIVCRT2_COF1					
[ASK IF PSY_CRT_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PSY_LIVCRT2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PSY_LIVCRT2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PSY_LIVCRT2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PSY_LIVCRT2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PSY_LIVCRT2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PSY_LIVCRT2_FRI_COF1	06	Ami				
PSY_LIVCRT2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PSY_LIVCRT2_OTSP_COF1	97	Autre				

PSY_2	PSY_ISU_COF1					
[ALWAYS ASK]						
Insulté?						
YES	01	Oui				
NO	02	Non				
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse				
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus				

PSY_2a	PSY_OFTNISU_COF1					
[ASK IF PSY_ISU_COF1 = YES]						
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?						
ONCE	01	Une fois				
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois				
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois				
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours				
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse				
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus				

PSY_2b	PSY_WHOISU_COF1		
[ASK IF PSY_ISU_COF1 = YES]			
Qui vous a fait cela?			
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT			
WHOISU_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)	
WHOISU_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur	
WHOISU_CHILD_COF1	03	Enfant	
WHOISU_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant	
WHOISU_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille	
WHOISU_FRIEND_COF1	06	Ami	
WHOISU_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré	
WHOISU_OTHER_COF1	97	Autre	
WHOISU_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
WHOISU_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus	
PSY_2c	PSY_WHOISU_OTSP_COF1		
[ASK IF PSY_WHOISU_COF1 = OTHER]			
Autre (veuillez préciser)			
PSY_WHOISU_OTSP_COF1	01		

PSY_2c	PSY_SEXISU2_COF1				
[ASK IF PSY_ISU_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]					
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?					
		Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PSY_SEXISU2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)			
PSY_SEXISU2_SIB_COF1	02	Frère / sœur			
PSY_SEXISU2_CHILD_COF1	03	Enfant			
PSY_SEXISU2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant			
PSY_SEXISU2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille			
PSY_SEXISU2_FRI_COF1	06	Ami			
PSY_SEXISU2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré			
PSY_SEXISU2_OTSP_COF1	97	Autre			

PSY_2d	PSY_LIVISU2_COF1					
[ASK IF PSY_ISU_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PSY_LIVISU2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PSY_LIVISU2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PSY_LIVISU2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PSY_LIVISU2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PSY_LIVISU2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PSY_LIVISU2_FRI_COF1	06	Ami				
PSY_LIVISU2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PSY_LIVISU2_OTSP_COF1	97	Autre				

PSY_3	PSY_THR_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Menacé ou intimidé?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PSY_3a	PSY_OFTNTHR_COF1	
[ASK IF PSY_THR_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PSY_3b	PSY_WHOTHR_COF1		
[ASK IF PSY_THR_COF1 = YES]			
Qui vous a fait cela?			
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT			
WHOTHR_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)	
WHOTHR_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur	
WHOTHR_CHILD_COF1	03	Enfant	
WHOTHR_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant	
WHOTHR_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille	
WHOTHR_FRIEND_COF1	06	Ami	
WHOTHR_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré	
WHOTHR_OTHER_COF1	97	Autre	
WHOTHR_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
WHOTHR_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus	
PSY_3b	PSY_WHOTHR_OTSP_COF1		
[ASK IF PSY_WHOTHR_COF1 = OTHER]			
Autre (veuillez préciser)			
PSY_WHOTHR_OTSP_COF1	01		

PSY_3c	PSY_SEXTHR2_COF1					
[ASK IF PSY_THR_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PSY_SEXTHR2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PSY_SEXTHR2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PSY_SEXTHR2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PSY_SEXTHR2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PSY_SEXTHR2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PSY_SEXTHR2_FRI_COF1	06	Ami				
PSY_SEXTHR2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PSY_SEXTHR2_OTSP_COF1	97	Autre				

PSY_3d	PSY_LIVTHR2_COF1					
[ASK IF PSY_THR_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PSY_LIVTHR2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PSY_LIVTHR2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PSY_LIVTHR2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PSY_LIVTHR2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PSY_LIVTHR2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PSY_LIVTHR2_FRI_COF1	06	Ami				
PSY_LIVTHR2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PSY_LIVTHR2_OTSP_COF1	97	Autre				

PSY_4	PSY_IGN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Exclu ou ignoré?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PSY_4a	PSY_OFTNIGN_COF1	
[ASK IF PSY_IGN_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PSY_4b	PSY_WHOIGN_COF1		
[ASK IF PSY_IGN_COF1 = YES]			
Qui vous a fait cela?			
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT			
WHOIGN_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)	
WHOIGN_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur	
WHOIGN_CHILD_COF1	03	Enfant	
WHOIGN_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant	
WHOIGN_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille	
WHOIGN_FRIEND_COF1	06	Ami	
WHOIGN_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré	
WHOIGN_OTHER_COF1	97	Autre	
WHOIGN_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse	
WHOIGN_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus	
PSY_4b	PSY_WHOIGN_OTSP_COF1		
[ASK IF PSY_WHOIGN_COF1 = OTHER]			
Autre (veuillez préciser)			
PSY_WHOIGN_OTSP_COF1	01		

PSY_4c	PSY_SEXIGN2_COF1				
[ASK IF PSY_IGN_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]					
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?					
		Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PSY_SEXIGN2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)			
PSY_SEXIGN2_SIB_COF1	02	Frère / sœur			
PSY_SEXIGN2_CHILD_COF1	03	Enfant			
PSY_SEXIGN2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant			
PSY_SEXIGN2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille			
PSY_SEXIGN2_FRI_COF1	06	Ami			
PSY_SEXIGN2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré			
PSY_SEXIGN2_OTSP_COF1	97	Autre			

PSY_4d	PSY_LIVIGN2_COF1					
[ASK IF PSY_IGN_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PSY_LIVIGN2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PSY_LIVIGN2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PSY_LIVIGN2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PSY_LIVIGN2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PSY_LIVIGN2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PSY_LIVIGN2_FRI_COF1	06	Ami				
PSY_LIVIGN2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PSY_LIVIGN2_OTSP_COF1	97	Autre				

Des personnes en qui vous avez confiance peuvent parfois vous causer des blessures, des douleurs ou des limitations. Il peut s'agir d'un conjoint/d'une conjointe, d'un époux/d'une épouse, d'un membre de la famille, d'un ami ou de quelqu'un qui prend soin de vous.

Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un...

PHY_1	PHY_PUSH_COF1
[ALWAYS ASK]	
Vous a poussé, bousculé ou agrippé avec force?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

PHY_1a	PHY_OFNPUSH_COF1
[ASK IF PHY_PUSH_COF1 = YES]	
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?	
ONCE	01 Une fois
A_FEW_TIMES	02 Quelques fois
MANY_TIMES	03 Plusieurs fois
EVERY_DAY	04 Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

PHY_1b	PHY_WHOPUSH_COF1
[ASK IF PHY_PUSH_COF1 = YES]	
Qui vous a fait cela?	
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
WHOPUSH_PARTNER_COF1	01 Époux(se) ou conjoint(e)
WHOPUSH_SIBLING_COF1	02 Frère / sœur
WHOPUSH_CHILD_COF1	03 Enfant
WHOPUSH_GRANDCHILD_COF1	04 Petit-enfant
WHOPUSH_FAMILY_COF1	05 Un autre membre de la famille
WHOPUSH_FRIEND_COF1	06 Ami
WHOPUSH_PAID_COF1	07 Soignant rémunéré
WHOPUSH_OTHER_COF1	97 Autre
WHOPUSH_DK_NA_COF1	98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOPUSH_REFUSED_COF1	99 [NE PAS LIRE] Refus

PHY_1B	PHY_WHOPUSH_OTSP_COF1
[ASK IF PHY_WHOPUSH_COF1 = OTHER]	
Autre (veuillez préciser)	
PHY_WHOPUSH_OTSP_COF1	01

PHY_1c	PHY_SEXPUSH2_COF1			
[ASK IF PSY_PUSH_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]				
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?				
	Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PHY_SEXPUSH2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)		
PHY_SEXPUSH2_SIB_COF1	02	Frère / sœur		
PHY_SEXPUSH2_CHILD_COF1	03	Enfant		
PHY_SEXPUSH2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant		
PHY_SEXPUSH2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille		
PHY_SEXPUSH2_FRI_COF1	06	Ami		
PHY_SEXPUSH2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré		
PHY_SEXPUSH2_OTSP_COF1	97	Autre		

PHY_1d	PHY_LIVPUSH2_COF1			
[ASK IF PHY_PUSH_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]				
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?				
	Oui	Non	NSP / PR	Refus
PHY_LIVPUSH2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)		
PHY_LIVPUSH2_SIB_COF1	02	Frère / sœur		
PHY_LIVPUSH2_CHILD_COF1	03	Enfant		
PHY_LIVPUSH2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant		
PHY_LIVPUSH2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille		
PHY_LIVPUSH2_FRI_COF1	06	Ami		
PHY_LIVPUSH2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré		
PHY_LIVPUSH2_OTSP_COF1	97	Autre		

PHY_2	PHY_THRN_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vous a lancé un objet?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PHY_2a	PHY_OFNTNTHRN_COF1	
[ASK IF PHY_THRN_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PHY_2b	PHY_WHOTHRN_COF1	
[ASK IF PHY_THRN_COF1 = YES]		
Qui vous a fait cela?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WHOTHRN_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)
WHOTHRN_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur
WHOTHRN_CHILD_COF1	03	Enfant
WHOTHRN_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant
WHOTHRN_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille
WHOTHRN_FRIEND_COF1	06	Ami
WHOTHRN_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré
WHOTHRN_OTHER_COF1	97	Autre
WHOTHRN_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOTHRN_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
PHY_2B	PHY_WHOTHRN_OTSP_COF1	
[ASK IF PHY_WHOTHRN_COF1 = OTHER]		
Autre (veuillez préciser)		
PHY_WHOTHRN_OTSP_COF1	01	

PHY_2c	PHY_SEXTHRN2_COF1					
[ASK IF PSY_THRN_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PHY_SEXTHRN2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_SEXTHRN2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_SEXTHRN2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_SEXTHRN2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_SEXTHRN2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_SEXTHRN2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_SEXTHRN2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_SEXTHRN2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_2d	PHY_LIVTHRN2_COF1					
[ASK IF PHY_THRN_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PHY_LIVTHRN2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_LIVTHRN2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_LIVTHRN2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_LIVTHRN2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_LIVTHRN2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_LIVTHRN2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_LIVTHRN2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_LIVTHRN2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_3	PHY_HIT_COF1
[ALWAYS ASK]	
Vous a frappé ou giflé?	
YES	01 Oui
NO	02 Non
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

PHY_3a	PHY_OFTNHIT_COF1
[ASK IF PHY_HIT_COF1 = YES]	
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?	
ONCE	01 Une fois
A_FEW_TIMES	02 Quelques fois
MANY_TIMES	03 Plusieurs fois
EVERY_DAY	04 Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09 [NE PAS LIRE] Refus

PHY_3b	PHY_WHOHIT_COF1
[ASK IF PHY_HIT_COF1 = YES]	
Qui vous a fait cela?	
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT	
WHOHIT_PARTNER_COF1	01 Époux(se) ou conjoint(e)
WHOHIT_SIBLING_COF1	02 Frère / sœur
WHOHIT_CHILD_COF1	03 Enfant
WHOHIT_GRANDCHILD_COF1	04 Petit-enfant
WHOHIT_FAMILY_COF1	05 Un autre membre de la famille
WHOHIT_FRIEND_COF1	06 Ami
WHOHIT_PAID_COF1	07 Soignant rémunéré
WHOHIT_OTHER_COF1	97 Autre
WHOHIT_DK_NA_COF1	98 [NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOHIT_REFUSED_COF1	99 [NE PAS LIRE] Refus
PHY_3B	PHY_WHOHIT_OTSP_COF1
[ASK IF PHY_WHOHIT_COF1 = OTHER]	
Autre (veuillez préciser)	
PHY_WHOHIT_OTSP_COF1	01

PHY_3c	PHY_SEXHIT2_COF1					
[ASK IF PSY_HIT_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PHY_SEXHIT2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_SEXHIT2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_SEXHIT2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_SEXHIT2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_SEXHIT2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_SEXHIT2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_SEXHIT2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_SEXHIT2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_3d	PHY_LIVHIT2_COF1					
[ASK IF PHY_HIT_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PHY_LIVHIT2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_LIVHIT2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_LIVHIT2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_LIVHIT2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_LIVHIT2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_LIVHIT2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_LIVHIT2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_LIVHIT2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_4	PHY_THT_COF1					
[ALWAYS ASK]						
A essayé de vous frapper avec un objet?						
YES	01	Oui				
NO	02	Non				
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse				
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus				

PHY_4a	PHY_OFNTHT_COF1	
[ASK IF PHY_THT_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PHY_4b	PHY_WHOTHT_COF1	
[ASK IF PHY_THT_COF1 = YES]		
Qui vous a fait cela?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WHOTHT_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)
WHOTHT_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur
WHOTHT_CHILD_COF1	03	Enfant
WHOTHT_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant
WHOTHT_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille
WHOTHT_FRIEND_COF1	06	Ami
WHOTHT_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré
WHOTHT_OTHER_COF1	97	Autre
WHOTHT_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOTHT_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
PHY_4B	PHY_WHOTHT_OTSP_COF1	
[ASK IF PHY_WHOTHT_COF1 = OTHER]		
Autre (veuillez préciser)		
PHY_WHOTHT_OTSP_COF1	01	

PHY_4c	PHY_SEXTHT2_COF1					
[ASK IF PSY_THT_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PHY_SEXTHT2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_SEXTHT2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_SEXTHT2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_SEXTHT2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_SEXTHT2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_SEXTHT2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_SEXTHT2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_SEXTHT2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_4d	PHY_LIVTHT2_COF1					
[ASK IF PHY_THT_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PHY_LIVTHT2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_LIVTHT2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_LIVTHT2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_LIVTHT2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_LIVTHT2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_LIVTHT2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_LIVTHT2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_LIVTHT2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_5	PHY_CHK_COF1	
[ALWAYS ASK]		
A essayé de vous étrangler?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PHY_5a	PHY_OFTNCHK_COF1	
[ASK IF PHY_CHK_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PHY_5b	PHY_WHOCHK_COF1	
[ASK IF PHY_CHK_COF1 = YES]		
Qui vous a fait cela?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WHOCHK_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)
WHOCHK_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur
WHOCHK_CHILD_COF1	03	Enfant
WHOCHK_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant
WHOCHK_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille
WHOCHK_FRIEND_COF1	06	Ami
WHOCHK_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré
WHOCHK_OTHER_COF1	97	Autre
WHOCHK_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOCHK_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
PHY_5B	PHY_WHOCHK_OTSP_COF1	
[ASK IF PHY_WHOCHK_COF1 = OTHER]		
Autre (veuillez préciser)		
PHY_WHOCHK_OTSP_COF1	01	

PHY_5c	PHY_SEXCHK2_COF1					
[ASK IF PSY_CHK_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PHY_SEXCHK2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_SEXCHK2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_SEXCHK2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_SEXCHK2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_SEXCHK2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_SEXCHK2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_SEXCHK2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_SEXCHK2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_5d	PHY_LIVCHK2_COF1					
[ASK IF PHY_CHK_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PHY_LIVCHK2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_LIVCHK2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_LIVCHK2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_LIVCHK2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_LIVCHK2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_LIVCHK2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_LIVCHK2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_LIVCHK2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_6	PHY_WPN_COF1					
[ALWAYS ASK]						
Vous a menacé avec une arme?						
YES	01	Oui				
NO	02	Non				
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse				
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus				

PHY_6a	PHY_OFTNWPN_COF1	
[ASK IF PHY_WPN_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

PHY_6b	PHY_WHOWPN_COF1	
[ASK IF PHY_WPN_COF1 = YES]		
Qui vous a fait cela?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WHOWPN_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)
WHOWPN_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur
WHOWPN_CHILD_COF1	03	Enfant
WHOWPN_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant
WHOWPN_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille
WHOWPN_FRIEND_COF1	06	Ami
WHOWPN_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré
WHOWPN_OTHER_COF1	97	Autre
WHOWPN_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOWPN_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
PHY_6B	PHY_WHOWPN_OTSP_COF1	
[ASK IF PHY_WHOWPN_COF1 = OTHER]		
Autre (veuillez préciser)		
PHY_WHOWPN_OTSP_COF1	01	

PHY_6c	PHY_SEXWPN2_COF1					
[ASK IF PSY_WPN_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
PHY_SEXWPN2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_SEXWPN2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_SEXWPN2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_SEXWPN2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_SEXWPN2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_SEXWPN2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_SEXWPN2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_SEXWPN2_OTSP_COF1	97	Autre				

PHY_6d	PHY_LIVWPN2_COF1					
[ASK IF PHY_WPN_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
PHY_LIVWPN2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
PHY_LIVWPN2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
PHY_LIVWPN2_CHILD_COF1	03	Enfant				
PHY_LIVWPN2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
PHY_LIVWPN2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
PHY_LIVWPN2_FRI_COF1	06	Ami				
PHY_LIVWPN2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
PHY_LIVWPN2_OTSP_COF1	97	Autre				

La maltraitance financière survient lorsqu'une personne prend le contrôle ou vous empêche d'avoir accès à votre argent, vos biens, votre propriété ou vos documents légaux, contre votre volonté.

Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un...

FIN_1	FIN_MNY_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vous a forcé à lui donner votre argent, vos biens ou votre propriété?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FIN_1a	FIN_OFTN_COF1	
[ASK IF FIN_MNY_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FIN_1b	FIN_WHOMNY_COF1	
[ASK IF FIN_MNY_COF1 = YES]		
Qui vous a fait cela?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WHOMNY_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)
WHOMNY_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur
WHOMNY_CHILD_COF1	03	Enfant
WHOMNY_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant
WHOMNY_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille
WHOMNY_FRIEND_COF1	06	Ami
WHOMNY_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré
WHOMNY_OTHER_COF1	97	Autre
WHOMNY_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOMNY_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus

FIN_1B	FIN_WHOMNY_OTSP_COF1		
[ASK IF FIN_WHOMNY_COF1 = OTHER]			
Autre (veuillez préciser)			
FIN_WHOMNY_OTSP_COF1	01		

FIN_1c	FIN_SEXMNY2_COF1				
[ASK IF FIN_MNY_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]					
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?					
		Homme	Femme	NSP / PR	Refus
FIN_SEXMNY2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)			
FIN_SEXMNY2_SIB_COF1	02	Frère / sœur			
FIN_SEXMNY2_CHILD_COF1	03	Enfant			
FIN_SEXMNY2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant			
FIN_SEXMNY2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille			
FIN_SEXMNY2_FRI_COF1	06	Ami			
FIN_SEXMNY2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré			
FIN_SEXMNY2_OTSP_COF1	97	Autre			

FIN_1d	FIN_LIVMNY2_COF1				
[ASK IF FIN_MNY_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]					
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?					
		Oui	Non	NSP / PR	Refus
FIN_LIVMNY2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)			
FIN_LIVMNY2_SIB_COF1	02	Frère / sœur			
FIN_LIVMNY2_CHILD_COF1	03	Enfant			
FIN_LIVMNY2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant			
FIN_LIVMNY2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille			
FIN_LIVMNY2_FRI_COF1	06	Ami			
FIN_LIVMNY2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré			
FIN_LIVMNY2_OTSP_COF1	97	Autre			

FIN_2	FIN_POS_COF1	
[ALWAYS ASK]		
S'est emparé de votre argent, vos biens ou votre propriété?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FIN_2a	FIN_OFTNPOS_COF1	
[ASK IF FIN_POS_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FIN_2b	FIN_WHOPOS_COF1	
[ASK IF FIN_POS_COF1 = YES]		
Qui vous a fait cela?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WHOPOS_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)
WHOPOS_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur
WHOPOS_CHILD_COF1	03	Enfant
WHOPOS_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant
WHOPOS_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille
WHOPOS_FRIEND_COF1	06	Ami
WHOPOS_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré
WHOPOS_OTHER_COF1	97	Autre
WHOPOS_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOPOS_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
FIN_2B	FIN_WHOPOS_OTSP_COF1	
[ASK IF FIN_WHOPOS_COF1 = OTHER]		
Autre (veuillez préciser)		
FIN_WHOPOS_OTSP_COF1	01	

FIN_2c	FIN_SEXPOS2_COF1					
[ASK IF FIN_POS_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
FIN_SEXPOS2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
FIN_SEXPOS2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
FIN_SEXPOS2_CHILD_COF1	03	Enfant				
FIN_SEXPOS2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
FIN_SEXPOS2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
FIN_SEXPOS2_FRI_COF1	06	Ami				
FIN_SEXPOS2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
FIN_SEXPOS2_OTSP_COF1	97	Autre				

FIN_2d	FIN_LIVPOS2_COF1					
[ASK IF FIN_POS_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
FIN_LIVPOS2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
FIN_LIVPOS2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
FIN_LIVPOS2_CHILD_COF1	03	Enfant				
FIN_LIVPOS2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
FIN_LIVPOS2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
FIN_LIVPOS2_FRI_COF1	06	Ami				
FIN_LIVPOS2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
FIN_LIVPOS2_OTSP_COF1	97	Autre				

FIN_3	FIN_PRV_COF1	
[ALWAYS ASK]		
Vous a délibérément empêché d'accéder à votre argent, à vos biens ou à votre propriété?		
YES	01	Oui
NO	02	Non
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FIN_3a	FIN_OFTNPRV_COF1	
[ASK IF FIN_PRV_COF1 = YES]		
À quelle fréquence cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois?		
ONCE	01	Une fois
A_FEW_TIMES	02	Quelques fois
MANY_TIMES	03	Plusieurs fois
EVERY_DAY	04	Tous les jours ou presque tous les jours
DK_NA	08	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
REFUSED	09	[NE PAS LIRE] Refus

FIN_3b	FIN_WHOPRV_COF1	
[ASK IF FIN_PRV_COF1 = YES]		
Qui vous a fait cela?		
RÉPONSES MULTIPLES PERMISES, ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES QUI S'APPLIQUENT		
WHOPRV_PARTNER_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)
WHOPRV_SIBLING_COF1	02	Frère / sœur
WHOPRV_CHILD_COF1	03	Enfant
WHOPRV_GRANDCHILD_COF1	04	Petit-enfant
WHOPRV_FAMILY_COF1	05	Un autre membre de la famille
WHOPRV_FRIEND_COF1	06	Ami
WHOPRV_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré
WHOPRV_OTHER_COF1	97	Autre
WHOPRV_DK_NA_COF1	98	[NE PAS LIRE] Ne sait pas / pas de réponse
WHOPRV_REFUSED_COF1	99	[NE PAS LIRE] Refus
FIN_3B	FIN_WHOPRV_OTSP_COF1	
[ASK IF FIN_WHOPRV_COF1 = OTHER]		
Autre (veuillez préciser)		
FIN_WHOPRV_OTSP_COF1	01	

FIN_3c	FIN_SEXPRV2_COF1					
[ASK IF FIN_PRV_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Est-ce que cette personne est un homme ou une femme?						
			Homme	Femme	NSP / PR	Refus
FIN_SEXPRV2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
FIN_SEXPRV2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
FIN_SEXPRV2_CHILD_COF1	03	Enfant				
FIN_SEXPRV2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
FIN_SEXPRV2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
FIN_SEXPRV2_FRI_COF1	06	Ami				
FIN_SEXPRV2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
FIN_SEXPRV2_OTSP_COF1	97	Autre				

FIN_3d	FIN_LIVPRV2_COF1					
[ASK IF FIN_PRV_COF1 = YES - FOR ALL THAT APPLY]						
Cette personne vivait-elle (ou ces personnes vivaient-elles) avec vous au moment des faits?						
			Oui	Non	NSP / PR	Refus
FIN_LIVPRV2_PAR_COF1	01	Époux(se) ou conjoint(e)				
FIN_LIVPRV2_SIB_COF1	02	Frère / sœur				
FIN_LIVPRV2_CHILD_COF1	03	Enfant				
FIN_LIVPRV2_GRAND_COF1	04	Petit-enfant				
FIN_LIVPRV2_FAM_COF1	05	Un autre membre de la famille				
FIN_LIVPRV2_FRI_COF1	06	Ami				
FIN_LIVPRV2_PAID_COF1	07	Soignant rémunéré				
FIN_LIVPRV2_OTSP_COF1	97	Autre				

CRITÈRES D'EXCLUSION

CIRCONFÉRENCE TAILLE ET HANCHE	
Exclusion du test	
Grossesse <u>de plus de 12 semaines</u>	ICQ_PREGNT_COF1=yes AND; ICQ_PREGNTWK_COF1>12 weeks, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no
POIDS	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Grossesse	ICQ_PREGNT_COF1=yes AND; ICQ_PREGNTWK_COF1= number of weeks
TAILLE DEBOUT	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no
PRESSION SANGUINE	
Exclusion du test	
Chirurgie aux deux bras, aux seins ou au thorax des deux côtés <u>au cours des 3 derniers mois</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule aux deux bras	ICQ_SRGYARM_COF1 OR; ICQ_SRGYCHT_COF1 OR; ICQ_SRGYART_COF1=both
Plâtre aux deux bras	ICQ_ARMCST_COF1=yes, both
Deux bras artificiels	ICQ_PROSARM2_COF1=both
Exclusion du bras gauche	
Chirurgie au bras, au thorax ou au sein <u>du côté gauche</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYARM_COF1 OR; ICQ_SRGYCHT_COF1 OR ; ICQ_SRGYART_COF1=left
Plâtre au bras gauche	ICQ_ARMCST_COF1=left
Bras gauche artificiel	ICQ_PROSARM2_COF1=left
Exclusion du bras droit	

Chirurgie au bras, au thorax ou au sein <u>du côté droit</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYARM_COF1 OR; ICQ_SRGYCHT_COF1 OR ; ICQ_SRGYART_COF1=right
Plâtre au bras droit	ICQ_ARMCST_COF1=right
Bras droit artificiel	ICQ_PROSARM2_COF1=right
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Membre artificiel – Prothèse articulaire	ICQ_JOINTARM_COF1=right OR left OR both

ECG	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no

DOPPLER DE LA CAROTIDE	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no

SPIROMÉTRIE (VEMS, CAPACITÉ VITALE FORCÉE)	
Exclusion du test	
Condition respiratoire aiguë	ICQ_ILLLUNG_COF1=yes
Grossesse <u>de plus de 27 semaines</u>	ICQ_PREGNT_COF1=yes AND; ICQ_PREGNTWK_COF1>27 weeks, DK
Condition cardiaque instable ou chirurgie cardiaque <u>au cours de 3 derniers mois</u>	ICQ_HRTCOND_COF1 or; ICQ_SRGYHRT_COF1=yes
Chirurgie importante au thorax ou à l'abdomen <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYCHT_COF1 OR; ICQ_SRGYABD_COF1=left OR right OR both
Décollement de la rétine ou chirurgie récente de l'œil <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYEYE_COF1=left OR right OR both ICQ_DERET3MO_COF1=yes
A déjà eu du sang dans les expectorations <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_BLDSP3MO_COF1=yes
A eu un anévrisme thoracique, abdominal ou cérébral	ICQ_ANEURY_COF1=yes
A eu une embolie pulmonaire au cours des 6 dernières semaines ou prend encore des anticoagulants parce qu'il a eu une embolie pulmonaire	ICQ_EMB6WK_COF1=yes ICQ_EMBMED_COF1=yes
A un tube naso-gastrique	ICQ_NGTUBE_COF1=yes

Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Fumeur	ICQ_SMOKE_COF1=yes or no or former
A fumé dans les 24 dernières heures	ICQ_SMOKETIME_COF1=yes or no
A fumé une cigarette, un cigare ou une pipe pour la dernière fois	ICQ_SMOKEHOURS_COF1=yes, time hours
A utilisé un inhalateur à action prolongée	ICQ_INHALERLONG_COF1=yes or no
A utilisé un inhalateur à action brève	ICQ_INHALERSHORT_COF1=yes or no
A un tube d'alimentation abdominal	ICQ_ABDTUBE_COF1=yes

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – HANCHE	
Exclusion du test	
Femmes enceintes	ICQ_PREGNT_COF1=yes, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no
A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des deux derniers jours</u>	ICQ_NUCLMED_48H_COF1=yes
Prothèse	ICQ_PROSHIP_COF1=both
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXHIP_COF1=left AND right
<u>Exclusion de la hanche gauche</u>	
Prothèse	ICQ_PROSHIP_COF1=left
<u>Exclusion de la hanche droite</u>	
Prothèse	ICQ_PROSHIP_COF1=right
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Polio	ICQ_POLIO_COF1=yes
A déjà eu des fractures ou cassures à une hanche	ICQ_FXHIP_COF1=left OR right
Quel test a été fait	ICQ_NUCLMED_TEST_COF1=specify

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – COLONNE VERTÉBRALE LATÉRALE IVA ET COLONNE LOMBAIRE	
Exclusion du test	
Femmes enceintes	ICQ_PREGNT_COF1=yes, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no

A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des deux derniers jours</u>	ICQ_NUCLMED_48H_COF1=yes
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Laminectomie	ICQ_LAMIN_COF1=yes
Polio	ICQ_POLIO_COF1=yes
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXBACK_COF1=yes
Quel test a été fait	ICQ_NUCLMED_TEST_COF1=specify

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – CORPS ENTIER	
Exclusion du test	
Femmes enceintes	ICQ_PREGNT_COF1=yes, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no
A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des deux derniers jours</u>	ICQ_NUCLMED_48H_COF1=yes
A fait un tomodensitogramme avec intraveineuse ou un test de contraste pour imagerie par résonance magnétique au cours de 24 dernières heures	ICQ_NUCLMED_IV24H_COF1=yes
A eu un test au baryum <u>au cours des 7 derniers jours</u>	ICQ_BARSWAL_COF1=yes
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
S'est fait installer un appareil médical	ICQ_PACEMKR_COF1 OR; ICQ_DEFIBR_COF1 OR; ICQ_COCHLIMP_COF1=yes
Plâtre	ICQ_HNDCST_COF1 OR; ICQ_ARMCST_COF1 OR; ICQ_LEGCSST_COF1=left OR right OR both
Membres artificiels ou prothèses articulaires	ICQ_PROSARM2_COF1 OR; ICQ_JOINTARM_COF1 OR; ICQ_PROSLEG_COF1 OR; ICQ_PROSHND_COF1 OR; ICQ_PROSFT_COF1 OR; ICQ_PROSHIP_COF1 OR; ICQ_PROSKNEE_COF1=left OR right OR both

A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXARM_COF1 OR; ICQ_FXSHLD_COF1 OR; ICQ_FXHND_COF1 OR; ICQ_FXWRST_COF1 OR; ICQ_FXRIB_COF1 OR; ICQ_FXLEG_COF1 OR; ICQ_FXANK_COF1 OR; ICQ_FXFT_COF1 OR; ICQ_FXHIP_COF1 OR; ICQ_FXKNEE_COF1 OR; ICQ_FXCHK_COF1 OR; ICQ_FXJAW_COF1=left OR right OR both ICQ_FXNOSE_COF1 OR; ICQ_FXSKL_COF1 OR; ICQ_FXNECK_COF1 OR; ICQ_FXBACK_COF1 OR; ICQ_FXCOLLR_COF1 OR; ICQ_FXPELV_COF1=yes
Laminectomie	ICQ_LAMIN_COF1=yes
Polio	ICQ_POLIO_COF1=yes
Appareil auditif	ICQ_HRAID_COF1= if left_side OR right_side OR Both_sides=YES (currently wearing)
Shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYART_COF1=left OR right OR both
Quel test a été fait	ICQ_NUCLMED_TEST_COF1= specify

DENSITÉ OSSEUSE ET BIO-IMPÉDANCE AVEC LE DEXA – AVANT-BRAS	
Exclusion du test	
Femmes enceintes	ICQ_PREGNT_COF1=yes, DK, RF
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no
A participé à une étude portant sur la médecine nucléaire <u>au cours des deux derniers jours</u>	ICQ_NUCLMED_48H_COF1= yes
Prothèse	ICQ_PROSARM2_COF1=both
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXARM_COF1=left AND right
Exclusion de l'avant-bras gauche	
Prothèse	ICQ_PROSARM2_COF1=left
Plâtre	ICQ_ARMCST_COF1=left
Shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYART_COF1=left
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXARM_COF1=left

Exclusion de l'avant-bras droit	
Prothèse	ICQ_PROSARM2_COF1=right
Plâtre	ICQ_ARMCST_COF1=right
Shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYART_COF1=right
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXARM_COF1=right
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
A déjà eu des fractures ou cassures	ICQ_FXWRST_COF1
Polio	ICQ_POLIO_COF1=yes
Quel test a été fait	ICQ_NUCLMED_TEST_COF1=specify

AUDITION	
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Infection de l'oreille	ICQ_EARINF_COF1=right OR left OR both
Appareils auditifs	ICQ_HRAID_COF1=right_side OR left_side OR both_sides
Acouphène	ICQ_TINNIT_COF1=yes

TEST DE MARCHÉ DE 4 MÈTRES : VITESSE DE LA MARCHÉ	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no
Incapable de marcher sans aide	ICQ_ABLEWLK_COF1=no
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Membre artificiel ou prothèse articulaire	ICQ_PROSLEG_COF1 OR; ICQ_PROSFT_COF1 OR; ICQ_PROSHIP_COF1 OR; ICQ_PROSKNEE_COF1=right OR left OR both
Infection à l'oreille	ICQ_EARINF_COF1=yes OR right OR left OR both

TUG (test up and go minute) : MOBILITÉ ET ÉQUILIBRE	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout ou de se lever d'une chaise sans aide	ICQ_RISEASSI_COF1 OR; ICQ_ABLESTND_COF1=no
Incapable de marcher sans aide	ICQ_ABLEWLK_COF1=no
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	

Membre artificiel ou prothèse articulaire	ICQ_PROSLEG_COF1 OR; ICQ_PROSFT_COF1 OR; ICQ_PROSHIP_COF1 OR; ICQ_PROSKNEE_COF1=right OR left OR both
Infection à l'oreille	ICQ_EARINF_COF1=right OR left OR both

ÉQUILIBRE DEBOUT	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_ABLESTND_COF1=no
Utilise une canne ou une marchette régulièrement	ICQ_RISECANE_COF1=yes
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Membre artificiel ou prothèse articulaire	ICQ_PROSLEG_COF1 OR; ICQ_PROSFT_COF1 OR; ICQ_PROSHIP_COF1 OR; ICQ_PROSKNEE_COF1=right OR left OR both
Infection à l'oreille	ICQ_EARINF_COF1=right OR left OR both

LEVER DE LA CHAISE : ÉQUILIBRE ET COORDINATION	
Exclusion du test	
Incapable de se tenir debout sans aide	ICQ_RISEASSI_COF1 OR; ICQ_ABLESTND_COF1=no
Utilise une canne ou une marchette régulièrement	ICQ_RISECANE_COF1=yes
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Membre artificiel ou prothèse articulaire	ICQ_PROSLEG_COF1 OR; ICQ_PROSFT_COF1 OR; ICQ_PROSHIP_COF1 OR; ICQ_PROSKNEE_COF1=right OR left OR both
Infection à l'oreille	ICQ_EARINF_COF1=right OR left OR both

VISION - TONOMÈTRE	
Exclusion du test	
Décollement de la rétine ou chirurgie de l'œil <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYEYE_COF1=left OR right OR both ICQ_DERET3MO_COF1=yes

Infection de l'œil	ICQ_EYEINF_COF1=both
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Infection de l'œil	ICQ_EYEINF_COF1=right OR left
Glaucome, cataractes, lunettes, verres de contact	ICQ_CATRCT2_COF1 OR; ICQ_GLAUC_COF1 OR; ICQ_GLASSES_COF1 OR; ICQ_CTLENS_COF1=yes
Oeil artificiel	ICQ_PROSEYE_COF1=yes

VISION – CAMÉRA RÉTINIENNE ET TABLEAU D'ACUITÉ VISUELLE	
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Infection de l'œil	ICQ_EYEINF_COF1=right OR left OR both
Glaucome, cataractes, lunettes, verres de contact	ICQ_CATRCT2_COF1 OR; ICQ_GLAUC_COF1 OR; ICQ_GLASSES_COF1 OR; ICQ_CTLENS_COF1=yes
Oeil artificiel	ICQ_PROSEYE_COF1=yes

FORCE DE PRÉHENSION	
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Douleur, paralysie aux deux mains ou aux deux poignets en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien	ICQ_PAINHND_COF1=both sides
Exclusion du test	
Chirurgie aux deux mains ou aux deux poignets <u>au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYHND_COF1=both
Plaies ouvertes ou plaies sur les deux mains	ICQ_HNSWL_COF1 OR; ICQ_HNDHMT_COF1=both
Plâtre aux deux mains ou bras	ICQ_HNDCST_COF1 OR; ICQ_ARMCST_COF1=both
Bras, mains ou doigts artificiels	ICQ_PROSARM2_COF1 OR; ICQ_PROSHND_COF1=both
Exclusion du bras gauche	
Chirurgie à la main ou au poignet <u>gauche au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYHND_COF1=left, RF
Douleur, paralysie à la main ou au poignet gauche en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien	ICQ_PAINHND_COF1=left sides

Plaies ouvertes ou plaies à la main gauche	ICQ_HNDSWL_COF1 OR; ICQ_HNDHMT_COF1=left
Plâtre à la main ou au bras gauche	ICQ_HNDCST_COF1 OR; ICQ_ARMCST_COF1=left
Bras, mains ou doigts artificiels	ICQ_PROSARM2_COF1 OR; ICQ_PROSHND_COF1=left
Exclusion du bras droit	
Chirurgie à la main ou au poignet <u>droit au cours des 3 derniers mois</u>	ICQ_SRGYHND_COF1=right, RF
Douleur, paralysie à la main ou au poignet droit en raison de l'arthrite, d'une tendinite, d'un syndrome de tunnel carpien	ICQ_PAINHND_COF1=right sides
Plaies ouvertes ou plaies à la main droite	ICQ_HNDSWL_COF1 OR; ICQ_HNDHMT_COF1=right
Plâtre à la main ou au bras droit	ICQ_HNDCST_COF1 OR; ICQ_ARMCST_COF1=right
Bras, mains ou doigts artificiels	ICQ_PROSARM2_COF1 OR; ICQ_PROSHND_COF1=right

ÉCHANTILLON DE SANG	
Exclusion du test	
Chimiothérapie <u>au cours des 4 dernières semaines</u>	ICQ_CHEMO4WK_COF1=yes
Hémophilie ou autre maladie de la coagulation	ICQ_HAEMO_COF1=yes
A reçu une transfusion sanguine ou donné du sang <u>au cours des 24 dernières heures</u>	ICQ_BLDTR24H_COF1=yes
Chirurgie aux deux bras, aux seins ou aux deux côtés du thorax <u>au cours des 3 derniers mois</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYARM_COF1 OR; ICQ_SRGYCHT_COF1 OR; ICQ_SRGYART_COF1=both
Plâtre aux deux bras ou deux bras artificiels	ICQ_ARMCST_COF1=both OR; ICQ_PROSARM2_COF1=both
Exclusion du bras gauche	
Chirurgie au bras, au thorax ou au sein <u>du côté gauche</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYARM_COF1=left OR; ICQ_SRGYCHT_COF1=yes OR; ICQ_SRGYART_COF1=left
Plâtre ou bras artificiel du côté gauche	ICQ_ARMCST_COF1=left OR; ICQ_PROSARM2_COF1=left
Exclusion du bras droit	
Chirurgie au bras, au thorax ou au sein <u>du côté droit</u> ; ou shunt artérioveineux/fistule	ICQ_SRGYARM_COF1=right OR; ICQ_SRGYCHT_COF1=yes OR; ICQ_SRGYART_COF1=right

Plâtre ou bras artificiel du côté droit	ICQ_ARMCST_COF1=right OR; ICQ_PROSARM2_COF1=right
Noté par Onyx (mais pas un critère d'exclusion)	
Membre artificiel – Prothèse articulaire	ICQ_JOINTARM_COF1=right OR left OR both

END