

# AIDE A LA CONSTITUTION DE VOTRE ARBRE GENEALOGIQUE

Merci de bien vouloir indiquer, ci-après, **TOUS vos apparentés**, qu'ils aient ou non été pris en charge pour un cancer, qu'ils soient vivants ou décédés.

La description de **VOS DEUX BRANCHES PARENTALES** est importante pour l'analyse de votre histoire familiale, même si l'une de vos branches ne semble pas concernée par des cancers.

Si vous avez en votre possession des éléments des dossiers médicaux de vos apparentés pris en charge pour une pathologie tumorale, en particulier des comptes rendus opératoires et anatomopathologiques, merci de nous transmettre une copie.

Nous sommes conscients qu'il s'agit parfois d'informations difficiles à obtenir, voire douloureuses à évoquer. Ainsi, si vous rencontrez des difficultés dans le recueil de ces informations, n'hésitez pas à nous ré-adresser ce questionnaire même incomplet.

Ce questionnaire est **une aide** à la constitution de votre arbre généalogique.

Afin que la constitution de votre arbre généalogique soit plus simple lors de votre consultation téléphonique avec une des infirmières de notre service, **vous pouvez**, si vous le souhaitez, **nous adresser ce document par mail à [genetique@ch-niort.fr](mailto:genetique@ch-niort.fr)**.

Nous vous remercions de préciser **votre nom**, la date et l'heure du rendez-vous dans votre mail ou sur page suivante ou de joindre une copie de votre convocation.

Si vous éprouvez des difficultés à le compléter, un rendez-vous téléphonique est programmé avec une IDE qui vous aidera à synthétiser les informations dont nous aurons besoin pour l'étude de votre famille.

Est-ce que, **vous-même** ou **l'un des membres de votre famille** a déjà pu bénéficier d'une **consultation d'oncogénétique** en vue d'un diagnostic de prédisposition aux cancers

OUI  NON

Si OUI, merci de nous indiquer :

- Nom, nom de naissance et prénom de votre apparenté(e) :

\_\_\_\_\_

- Sa date de naissance : \_\_\_\_\_

- Le lien de parenté : \_\_\_\_\_

- Le nom du centre dans lequel a eu lieu cette consultation d'oncogénétique et/ou le nom de l'oncogénéticien qu'il a rencontré : \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL :

*Les données recueillies resteront au sein du Service de d'Oncogénétique du CH de Niort et ne seront pas communiquées à un tiers sans votre accord*

NOM :

NOM DE NAISSANCE :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

TELEPHONE :

MAIL :

### Antécédents personnels :

Êtes-vous actuellement ou avez-vous déjà été pris(e) en charge pour un cancer ?  OUI  NON

Si oui, merci de nous indiquer :

- La localisation tumorale : \_\_\_\_\_
- L'année de prise en charge : \_\_\_\_\_
- Le lieu de prise en charge : \_\_\_\_\_

Merci de nous adresser, si possible, les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques correspondants.

# QUESTIONNAIRE FAMILIAL :

## Vos PARENTS et GRANDS PARENTS

	NOM Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance ou âge	Si décédé (Date ou âge de décès)	Antécédent de CANCER Oui/Non	Localisation du cancer	Age ou année du diagnostic Si non connu : tranche d'âge	Lieu de prise en charge
<b>MERE</b>								
Grand-Mère MATERNELLE								
Grand-Père MATERNEL								
<b>PERE</b>								
Grand-Mère PATERNELLE								
Grand-Père PATERNEL								

Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Vos ENFANTS et PETITS-ENFANTS

Si vos enfants sont issus d'**UNIONS DIFFERENTES** merci de le mentionner et de préciser quel est le **PARENT EN COMMUN**.

Si vous avez plus de quatre enfants, merci de rapporter sur le tableau complémentaire les autres membres de la fratrie.

	Si union différente, préciser le parent en commun	NOM Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance ou âge	Si décédé (Date ou âge du décès)	Antécédent de CANCER Oui/Non	Localisation du cancer	Age ou année du diagnostic Si non connu : tranche d'âge	Lieu de prise en charge
<b>1<sup>er</sup> Enfant</b>									
<b>Petits-enfants</b>									
<b>2<sup>ème</sup> Enfant</b>									
<b>Petits-enfants</b>									
<b>3<sup>ème</sup> Enfant</b>									
<b>Petits-enfants</b>									
<b>4<sup>ème</sup> Enfant</b>									
<b>Petits-enfants</b>									

Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_

## Votre FRATRIE et leurs enfants (neveux et nièces)

Si votre fratrie est composée de **DEMI-FRÈRES** ou **DEMI-SŒURS** merci de le mentionner et de préciser quel est le **PARENT EN COMMUN**.

Si vous avez plus de quatre frères et sœurs, merci de rapporter sur le tableau complémentaire les autres membres de votre fratrie.

	Si union différente, préciser le parent en commun	NOM Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance ou âge	Si décédé (Date ou âge du décès)	Antécédent de CANCER Oui/Non	Localisation du cancer	Age ou année du diagnostic Si non connu : tranche d'âge	Lieu de prise en charge
Frère/Sœur 1									
Neveux Nièces									
Frère/Sœur 2									
Neveux Nièces									
Frère/Sœur 3									
Neveux Nièces									
Frère/Sœur 4									
Neveux Nièces									

Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_

## Vos Oncles et Tantes PATERNELS et leurs enfants (cousins et cousines)

Si la fratrie est composée de **DEMI-FRÈRES** ou **DEMI-SŒURS** merci de le mentionner et de préciser quel est le **PARENT EN COMMUN**.

Si vous avez plus de quatre oncles et tantes, merci de rapporter le tableau complémentaire les autres membres de la fratrie.

	Si union différente, préciser le parent en commun	NOM Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance ou âge	Si décédé (Date ou âge du décès)	Antécédent de CANCER Oui/Non	Localisation du cancer	Age ou année du diagnostic Si non connu : tranche d'âge	Lieu de prise en charge
Oncle/Tante 1									
Cousins Cousines									
Oncle/Tante 2									
Cousins Cousines									
Oncle/Tante 3									
Cousins Cousines									
Oncle/Tante 4									
Cousins Cousines									

Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_

## Vos Oncles et Tantes MATERNELS et leurs enfants (cousins et cousines)

Si la fratrie est composée de **DEMI-FRÈRES** ou **DEMI-SŒURS** merci de le mentionner et de préciser quel est le **PARENT EN COMMUN**.

Si vous avez plus de quatre oncles et tantes, merci de rapporter sur le tableau complémentaire les autres membres de la fratrie.

	Si union différente, préciser le parent en commun	NOM Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance ou âge	Si décédé (Date ou âge du décès)	Antécédent de CANCER Oui/Non	Localisation du cancer	Age ou année du diagnostic Si non connu : tranche d'âge	Lieu de prise en charge
Oncle/Tante 1									
Cousins Cousines									
Oncle/Tante 2									
Cousins Cousines									
Oncle/Tante 3									
Cousins Cousines									
Oncle/Tante 4									
Cousins Cousines									

Remarques éventuelles : \_\_\_\_\_



