

QUESTIONNAIRE DÉMOGRAPHIQUE

Date/Expérimentateur _____

Screening: Informations démographiques générales

RAPPELER AU PARTICIPANT LE POTENTIEL DE CONFIDENTIALITÉ

Code assigné au participant, si éligible _____

**Avez-vous déjà participé à une étude au Centre d'étude sur le stress humain?
Si oui, pouvez-vous vous rappeler ce que c'était?**

Nom	
Sexe	
Date de naissance / Âge	
Numéro téléphone	
Adresse/courriel	
Nombre d'heures de travail par semaine?	
Titre d'emploi? Département?	
Langue maternelle?	
Enfant (#)? Âge? Maison?	
Grandeur/Poids	

Informations médicales générales

Fumeur? _____ Occasionnel _____ Si oui, combien par jour? _____

Combien de taise de caféine prenez-vous par jour? _____

Combien de breuvages alcoolisés par jour? _____ par semaine? _____

Utilisation de drogues illicites? _____

Si oui, fréquence et nature de la drogue? _____

RAPPELER AU PARTICIPANT LE POTENTIEL DE CONFIDENTIALITÉ

Souffrez-vous présentement ou avez-vous déjà souffert de:

Allergies _____
Médication pour allergies _____

Cardio-vasculaire

Attaque cardiaque
Blocage cardiaque
Conduction cardiaque lente
Arrêt cardiaque
Basse pression/Haute pression
Autre _____

Neurologique

Attaque d'apoplexie
Parkinson
Sclérose en plaques
Traumatisme crânien avec perte de conscience
Épilepsie/convulsions
Autre _____

Problèmes généraux

Diabète
Cholestérol
Glaucome
Reins
Asthme, maladie respiratoire
Maladie infectieuse/maladie transmise sexuellement
Problème thyroïdien
Troubles glande surrénale
Lupus
Ulcères
Maladie inflammatoire intestinale (ex. : maladie de Crohn, colite ulcéreuse)
Syndrome du colon irritable
Autre _____

RAPPELER AU PARTICIPANT LE POTENTIEL DE CONFIDENTIALITÉ

Problèmes psychiatriques (présent ou passé ou famille 1^{er} niveau)

- Dépression (parler au participant, donner des exemples)
Trouble bipolaire
Trouble d'anxiété
Schizophrénie
Abus drogues / alcool
Démence
Autre _____
-
-
-
-
-

Avez-vous eu un rhume ou la grippe dans les 12 derniers mois? _____

Prenez-vous des médicaments?

- !!Contraceptifs (Pilule, patch, stérilet...)
Neuroleptiques (thorazine, haldol, largactil, clozaril)
!Anti-dépresseurs (for sleep disturbances, PMS, smoking cessation)
- !Anxiolytiques Prozac, Paxil, Pexeva, Zoloft, Effexor, Wellbutrin
- Glucocorticoïdes/stéroïdes (crèmes, vaporisateur nasal, pompes asthme, cortisone, prednisone, flonase...)
- Minéralocorticoïdes
Antiépileptiques Diazepam, Ativan, Valium
Sédatifs
Médicaments Cholestérol
Antihistaminiques
Anti-inflammatoires
Autre (_____)

(Seulement for FEMMES)

!! Type de contraceptif _____

!! Marque du contraceptif _____

!! Combien de milligrammes? _____

!! Couleur de la pilule? _____

!! Date dernière menstruation? _____

!! Ménopause? Quel âge? _____

Avez-vous eu une anesthésie générale ou chirurgie dans la dernière année?

Y a-t-il eu des évènements majeurs dans votre vie au cours de la dernière année? (ex. : fin d'une relation, décès dans la famille, difficulté à l'école)

Consentement à donner le nom pour d'autres études (oui/non)_____