

No de membre : 67-39- \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE POUR LES UTILISATEURS DU VIOXX

### IDENTIFICATION DE L'UTILISATEUR (À COMPLÉTER)

Prénom	Nom	Nom de femme mariée
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (bureau)	Cellulaire
Courriel :		
Age au 30 septembre 2004 :		
Date de décès (s'il y a lieu)	Cause du décès (s'il y a lieu)	

### CORRECTIONS (À COMPLÉTER S'IL Y A LIEU SEULEMENT)

Prénom	Nom	Nom de femme mariée
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (bureau)	Cellulaire :
Courriel :		

**VEUILLEZ COCHER ET/OU COMPLÉTER LES CASES APPROPRIÉES. SI VOUS AVEZ D'AUTRES COMMENTAIRES, PRIÈRE DE JOINDRE UNE FEUILLE ADDITIONNELLE.**

RAISONS DU TRAITEMENT AU VIOXX	OUI	NON
Arthrose		
Polyarthrite rhumatoïde		
Douleurs menstruelles (dysménorrhée primaire)		
Migraines		
Autres : Si oui, lesquelles : _____		

UTILISATION DU VIOXX	
Quand avez-vous commencé à prendre du Vioxx?	
Quand avez-vous cessé de prendre du Vioxx?	
Utilisez-vous le Vioxx de façon quotidienne ou occasionnelle? Si occasionnelle, veuillez préciser : _____	
Quelle était votre posologie habituelle? (12.5 mg, 25 mg, 50 mg, etc.)	

EFFETS SECONDAIRES CORONARIENS SUITE À LA PRISE DU VIOXX	OUI	NON
Infarctus du myocarde Si oui, quand : _____		
Accident vasculaire cérébral : Si oui, quand : _____		
Douleurs thoraciques (angine de poitrine ou angor) Si oui, avez-vous consulté votre médecin à ce sujet : <b>OUI <input type="checkbox"/></b> <b>NON <input type="checkbox"/></b>		
Arythmie cardiaque Si oui, avez-vous consulté votre médecin à ce sujet : <b>OUI <input type="checkbox"/></b> <b>NON <input type="checkbox"/></b>		

**TOUTES LES RÉPONSES QUE VOUS NOUS FOURNIREZ DEMEURERONT CONFIDENTIELLES ET NE POURRONT ÊTRE UTILISÉES SANS VOTRE APPROBATION.**

No de membre : 67-39- \_\_\_\_\_

EFFETS SECONDAIRES CORONARIENS SUITE À LA PRISE DU VIOXX (-SUITE-)	OUI	Non
Si arythmie cardiaque, de quel type était-ce?		
• Extrasystoles (contractions prématurées) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tachycardies (accélération brusques et passagères du rythme cardiaque, palpitations).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bradycardies (diminution brusques et passagères du rythme cardiaque).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fibrillations ventriculaires (contractions anarchiques et inefficaces).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres problèmes cardiaques : _____		

CONDITIONS PRÉEXISTANTES (AVANT LE DÉBUT DE LA PRISE DU VIOXX)	OUI	Non
TABAGISME : Fumiez-vous? Si oui, combien de cigarettes fumiez-vous par jour? _____		
HYPERCHOLESTÉROLÉMIE : Aviez-vous un taux de cholestérol élevé?		
HYPERTENSION : Aviez-vous une tension artérielle élevée?		
ADIPOSITÉ : Souffriez-vous d'un excédent de poids?		
DIABÈTE : Souffriez-vous de diabète?		
STRESS : Souffriez-vous de stress?		
ALCOOL : Si vous êtes un <u>homme</u> , votre consommation d'alcool était-elle de <u>4 ou plus</u> portions par jour? (si vous êtes une <u>femme</u> , de <u>2 ou plus</u> par jour?)		
SÉDENTARITÉ : Faisiez-vous régulièrement de l'exercice physique?		
HÉRÉDITÉ : Y a-t-il des antécédents de problèmes cardiaques dans votre famille?		
ANTÉCÉDENTS : Aviez-vous déjà souffert de problèmes cardiaques? Si oui, lesquels : _____		
Avez-vous déjà utilisé du CELEBREX? Si oui, durant combien de temps? _____		
Si vous êtes une femme, aviez-vous utilisé des contraceptifs oraux? Si oui, sur quelle période? _____		
Si vous êtes une femme, étiez-vous ménopausée? Si oui, depuis quand? _____		
Prenez-vous d'autres médicaments de façon régulière? Si oui, lesquels : _____		

AUTRES EFFETS SECONDAIRES SUITE À LA PRISE DU VIOXX					
	OUI	Non		OUI	Non
Céphalées (Maux tête)			Démangeaisons		
Allergies Si oui, lesquelles : _____			Photosensibilité (Peau réagissant davantage au soleil)		
Étourdissements			Œdème ou rétention d'eau		
Essoufflement			Problèmes au foie		
Gain de poids excessif			Problèmes rénaux		
Nausées			Problèmes gastriques		
Fatigue / faiblesse			Problèmes intestinaux		
Haute pression			Sueurs		
Crampes / engourdissements			Enflures		
Stress / anxiété			Insomnies		
Autres :					

DATE :	SIGNATURE :
--------	-------------

TOUTES LES RÉPONSES QUE VOUS NOUS FOURNIREZ DEMEURERONT CONFIDENTIELLES ET NE POURRONT ÊTRE UTILISÉES SANS VOTRE APPROBATION.