



**Pour tous renseignements, vous pouvez nous contacter :**

- par courrier à l'adresse ci-dessus,
- par téléphone au 05 58 75 50 04,
- via la fiche contact du site : [des-etude3generations.org](http://des-etude3generations.org)

## QUESTIONNAIRE ANONYME

**A remplir en ligne :** [www.des-etude3generations.org](http://www.des-etude3generations.org) (site internet sécurisé)

**ou en complétant cette version papier et en l'envoyant à :**

Distilbène Etude 3 Générations  
Réseau D.E.S. France  
1052 Rue de la Ferme du Carboué - 40000 Mont de Marsan

- ☞ 1 questionnaire par personne : vous pouvez faire des photocopies
- ☞ Pour apporter des précisions : sur une feuille libre, en indiquant la rubrique et la question précise.
- ☞ N'indiquez aucune information nominative
- ☞ **Remplissez les cases avec un stylo bille noir ou bleu (pas de crayon à papier)**

EN CAS D'ERREUR :

- noircissez complètement la case puis faites une croix dans la bonne case
- s'il s'agit d'un chiffre : rayez-le et inscrivez le chiffre au-dessus de la case concernée

# A - QUESTIONNAIRES "FAMILLE D.E.S."

## ➤ 2<sup>ème</sup> - Questionnaire 2<sup>ème</sup> génération « FILLE D.E.S. » exposée au Distilbène pendant sa vie intra-utérine

*Les champs précédés d'une astérisque ★ sont obligatoires pour que vos réponses soient exploitables.*

★ Mois et année de naissance

★ Département de naissance

★ Si naissance à l'étranger, pays .....

★ Profession .....

Ou  Sans profession  Étudiante

Retraitée : de quelle profession ? .....

**Il est important pour l'étude de pouvoir relier entre eux les différents questionnaires relatifs à une même famille.** Si vous remplissez plusieurs questionnaires, ou si plusieurs membres de votre famille vont participer à l'étude, merci de remplir ce champ "code famille" avec un code identique que vous aurez choisi et communiqué à chaque membre concerné.

Cela peut être un prénom + une ville + une date  
(ex. : Gisèle 1945 Paris).

Code famille : .....

## A - EXPOSITION AU D.E.S. in utero

★ La prise de D.E.S. par votre mère lors de la grossesse qui vous concerne est-elle :

certaine, avec documents (ex. ordonnance)

certaine, sans document

probable

A quel moment de la grossesse a commencé le traitement ?

mois et  semaines      Durée du traitement :  mois

Doses (mg/jour) :

- début traitement : .....

- fin traitement : .....

Autres traitements par hormone(s)  NE SAIT PAS  NON  OUI, lesquels ? .....

Commentaires :

## B - GYNÉCOLOGIE

**Règles** Age lors de vos premières règles   ans

En cas de ménopause âge lors des dernières règles   ans

Cette ménopause est-elle  naturelle  consécutive à une opération (hystérectomie)

★ **Anomalies gynécologiques liées au D.E.S.**  Non  Oui  Ne sait pas

Col de l'utérus :  adénose  petite taille  autre : .....

Utérus :  en "T"  petite taille  autre : .....

**Autres anomalies gynécologiques**

**Mammographies** Nombre de mammographies de **dépistage** au cours des 5 dernières années

Année de ma dernière mammographie :

**Frottis** Nombre de frottis au cours des 5 dernières années

Frottis anormaux ?  Non  Oui, résultat :

**Opérations gynécologiques**  Non  Oui, préciser :

**Commentaires :**

## C - FERTILITÉ

★ **Avez-vous reçu des traitements pour des difficultés à devenir enceinte ?**  Non  Oui

Si oui, combien de cycles de traitements :   Stimulations des ovaires sans FIV

Inséminations artificielles

Fécondations in-vitro (FIV)

Autre

# D - GROSSESSES OU ACCIDENTS DE GROSSESSE

AU-DELÀ DE 5 GROSSESSES, VEUILLEZ FAIRE UNE COPIE DE LA PAGE.

Si jumeaux, triplés : utilisez un cadre "grossesse" par enfant.

★ Avez-vous été enceinte ?  Non  Oui : précisez ci-dessous

● 1 <sup>ère</sup> grossesse	Issue de la grossesse	Informations sur l'enfant	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr.  Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez ..... .....
Commentaires :			

● 2 <sup>ème</sup> grossesse	Issue de la grossesse	Informations sur l'enfant	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr.  Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez ..... .....
Commentaires :			

● 3 <sup>ème</sup> grossesse	Issue de la grossesse	Informations sur l'enfant	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr.  Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez ..... .....
Commentaires :			

● 4 <sup>ème</sup> grossesse	Issue de la grossesse	Informations sur l'enfant	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr.  Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez ..... .....
Commentaires :			

● 5 <sup>ème</sup> grossesse	Issue de la grossesse	Informations sur l'enfant	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gr.  Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez ..... .....
Commentaires :			

## E - HISTOIRE MÉDICALE

★ **Cancer du sein**  Non  Oui : découvert à  ans

Type anatomo-pathologique

★ **Traitements**

Ablation du sein	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Herceptine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Autre	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Commentaire

★ **Cancer de l'utérus ou du vagin**  Non  Oui : découvert à  ans

Localisation  Col de l'utérus  Corps de l'utérus  Vagin

★ **Type anatomo-pathologique**  Adénocarcinome à Cellules Claires (ACC)  Autre : .....

Traitements

Commentaire

★ **Autres cancers**  Non  Oui : localisation et âge de découverte

1<sup>er</sup> ..... découvert à  ans      2<sup>ème</sup> ..... découvert à  ans

Commentaire

**Autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler**

## F - HISTOIRE PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE

Un psychologue ou un psychiatre a-t-il diagnostiqué pour vous ?

• une dépression  Non  Oui    • une anorexie  Non  Oui    • un autre diagnostic   
 • une psychose  Non  Oui    • une boulimie  Non  Oui

## G - TOUS TYPES DE CANCERS DANS LA FAMILLE PROCHE

<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : lien de parenté	Localisation et âge de découverte
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	<input type="text"/> ans
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	<input type="text"/> ans
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	<input type="text"/> ans
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	<input type="text"/> ans

## H - AUTRE COMMENTAIRE

## I - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Comment avez-vous connu cette enquête ?**

Je suis membre d'une association regroupant des personnes concernées.  Par les médias  
 Laquelle ? : .....  Par un autre moyen : .....  
 Par ma mutuelle / par la Mutualité Française

**Qui a rempli ce questionnaire ?**

La personne concernée  Autre ..... Date  /  /  2013



**Pour tous renseignements, vous pouvez nous contacter :**

- par courrier à l'adresse ci-dessus,
- par téléphone au 05 58 75 50 04,
- via la fiche contact du site : [des-etude3generations.org](http://des-etude3generations.org)

## QUESTIONNAIRE ANONYME

**A remplir en ligne : [www.des-etude3generations.org](http://www.des-etude3generations.org)** (site internet sécurisé)

**ou en complétant cette version papier et en l'envoyant à :**

Distilbène Etude 3 Générations  
Réseau D.E.S. France  
1052 Rue de la Ferme du Carboué - 40000 Mont de Marsan

- ☞ 1 questionnaire par personne : vous pouvez faire des photocopies
- ☞ Pour apporter des précisions : sur une feuille libre, en indiquant la rubrique et la question précise.
- ☞ N'indiquez aucune information nominative
- ☞ **Remplissez les cases avec un stylo bille noir ou bleu (pas de crayon à papier)**

**EN CAS D'ERREUR :**

- noircissez complètement la case puis faites une croix dans la bonne case
- s'il s'agit d'un chiffre : rayez-le et inscrivez le chiffre au-dessus de la case concernée

# B - Questionnaire "TÉMOIN"

à remplir par les femmes volontaires pour le groupe témoin  
(sans exposition au Distilbène-D.E.S.)

Ce groupe de comparaison appelé aussi groupe témoin est composé de **femmes non exposées in utero** au D.E.S.

Il permettra une meilleure analyse des résultats **grâce à la comparaison avec les « filles D.E.S. »** exposées in utero, donc de 2<sup>ème</sup> génération.

Vous êtes dans l'une de ces deux situations :

- il n'y a eu **aucune exposition au D.E.S. dans votre famille**. Il vous suffit d'être née entre 1950 et 1977, donc âgée de 36 à 63 ans, ayant eu ou non des grossesses,
- il y a eu prise de D.E.S. par votre mère, pour d'autres grossesses, mais **pas pour la grossesse dont vous êtes issue**. Vous pouvez donc participer à ce groupe témoin.

## ➤ 6<sup>ème</sup> - Questionnaire « FEMMES VOLONTAIRES » sans exposition au Distilbène (D.E.S.)

*Les champs précédés d'une astérisque ★ sont obligatoires pour que vos réponses soient exploitables.*

★ Mois et année de naissance

★ Département de naissance

★ Si naissance à l'étranger, pays .....

★ Profession .....

Ou  Sans profession  Étudiante

Retraitée : de quelle profession ? .....

**Il est important pour l'étude de pouvoir relier entre eux les différents questionnaires relatifs à une même famille.** Si vous remplissez plusieurs questionnaires, ou si plusieurs membres de votre famille vont participer à l'étude, merci de remplir ce champ "code famille" avec un code identique que vous aurez choisi et communiqué à chaque membre concerné.

Cela peut être un prénom + une ville + une date  
(ex. : Gisèle 1945 Paris).

Code famille : .....

## A - EXPOSITION AU D.E.S.

★ Votre mère a-t-elle pris du D.E.S. pour votre grossesse ?  Non  Oui : **veuillez remplir le questionnaire "Fille D.E.S."**

★ Votre mère a-t-elle pris du D.E.S. pour d'autres grossesses ?  Non  Oui  Ne sait pas

## B - GYNÉCOLOGIE

**Règles** Age lors de vos premières règles   ans

En cas de ménopause âge lors des dernières règles   ans

Cette ménopause est-elle  naturelle  consécutive à une opération (hystérectomie)

★ **Anomalies gynécologiques**  Ne sait pas  Non  Oui, précisez ci-dessous

Col de l'utérus :  adénose  petite taille  autre : .....

Utérus :  en "T"  petite taille  autre : .....

**Mammographies** Nombre de mammographies de **dépistage** au cours des 5 dernières années

Année de la dernière mammographie :

**Frottis** Nombre de frottis au cours des 5 dernières années

Frottis anormaux ?  Non  Oui, résultat :

**Opérations gynécologiques**  Non  Oui, préciser :

**Commentaires :**

## C - FERTILITÉ

★ **Avez-vous reçu des traitements pour des difficultés à devenir enceinte ?**  Non  Oui

Si oui, combien de cycles de traitements :   Stimulations des ovaires sans FIV

Inséminations artificielles   Fécondations in vitro (FIV)

Autre

## D - GROSSESSES OU ACCIDENTS DE GROSSESSE

★ Avez-vous été enceinte ?  Non  Oui : précisez ci-dessous

AU-DELÀ DE 5 GROSSESSES, VEUILLEZ FAIRE UNE COPIE DE LA PAGE.  
Si jumeaux, triplés : utilisez un cadre "grossesse" par enfant.

<b>● 1<sup>ère</sup> grossesse</b>	<b>Issue de la grossesse</b>	<b>Informations sur l'enfant</b>	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input style="width: 40px;" type="text"/> gr.
		Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez .....	
<b>Commentaires :</b>			

<b>● 2<sup>ème</sup> grossesse</b>	<b>Issue de la grossesse</b>	<b>Informations sur l'enfant</b>	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input style="width: 40px;" type="text"/> gr.
		Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez .....	
<b>Commentaires :</b>			

<b>● 3<sup>ème</sup> grossesse</b>	<b>Issue de la grossesse</b>	<b>Informations sur l'enfant</b>	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input style="width: 40px;" type="text"/> gr.
		Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez .....	
<b>Commentaires :</b>			

<b>● 4<sup>ème</sup> grossesse</b>	<b>Issue de la grossesse</b>	<b>Informations sur l'enfant</b>	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input style="width: 40px;" type="text"/> gr.
		Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez .....	
<b>Commentaires :</b>			

<b>● 5<sup>ème</sup> grossesse</b>	<b>Issue de la grossesse</b>	<b>Informations sur l'enfant</b>	
★ Durée de la grossesse <input type="text"/> mois pleins et <input type="text"/> sem.  ★ Année de fin <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> IVG <input type="checkbox"/> Fausse couche (<5 mois) <input type="checkbox"/> Enfant né vivant <input type="checkbox"/> Enfant né décédé <input type="checkbox"/> Décédé dans le 1 <sup>er</sup> mois de vie	<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Ne sait pas	Poids à la naissance <input style="width: 40px;" type="text"/> gr.
		Malformation(s) : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> OUI, précisez .....	
<b>Commentaires :</b>			

## E - HISTOIRE MÉDICALE

★ **Cancer du sein**     Non     Oui : découvert à  ans

Type anatomo-pathologique

★ **Traitements**

Ablation du sein	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Radiothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Hormonothérapie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Herceptine	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Autre	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Commentaire

★ **Cancer de l'utérus ou du vagin**     Non     Oui : découvert à  ans

Localisation     Col de l'utérus     Corps de l'utérus     Vagin

★ **Type anatomo-pathologique**     Adénocarcinome à Cellules Claires (ACC)     Autre : .....

Traitements

Commentaire

★ **Autres cancers**     Non     Oui : localisation et âge de découverte

1<sup>er</sup> ..... découvert à  ans    2<sup>ème</sup> ..... découvert à  ans

Commentaire

**Autres problèmes de santé que vous souhaitez nous signaler**

## F - HISTOIRE PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE

Un psychologue ou un psychiatre a-t-il diagnostiqué pour vous ?

• une dépression     Non     Oui    • une anorexie     Non     Oui    • un autre diagnostic

• une psychose     Non     Oui    • une boulimie     Non     Oui

## G - TOUS TYPES DE CANCERS DANS LA FAMILLE PROCHE

<input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : lien de parenté	Localisation et âge de découverte
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	<input style="width: 40px;" type="text"/> ans
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	<input style="width: 40px;" type="text"/> ans
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	<input style="width: 40px;" type="text"/> ans
<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Sœur <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Fils	<input style="width: 40px;" type="text"/> ans

## H - RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Comment avez-vous connu cette enquête ?**

Je suis membre d'une association regroupant des personnes concernées.     Par les médias  
 Laquelle ? : .....

Par un autre moyen : .....

Par ma mutuelle / par la Mutualité Française

**Qui a rempli ce questionnaire ?**

La personne concernée     Autre .....

Date  /  /  2 0 1 3