

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL



Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél :

Pour remplir ce questionnaire, cochez la case. Exemple :
 ou entourez la bonne réponse. Exemple : non oui
 En cas de doute répondez non

- | | | |
|---|---|----------------|
| 1. Date : | Hôpital Ste Marguerite- MARSEILLE | 14 _ _ _ _ _ _ |
| 2a. Service : | 2b. Etes -vous <input type="checkbox"/> hospitalisé(e) <input type="checkbox"/> consultant(e) | 20 _ |
| 2c. Consultez-vous ici pour la première fois ? | non oui | 21 _ |
| 3. Date de naissance : | 4. Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin | 22 _ _ _ _ _ _ |
| 5. Lieu de naissance : Département (pays) : | | 27 _ _ |
| Commune : | | 29 _ _ _ |
| 6. Toussez-vous <u>habituellement</u> en vous levant en hiver ? | non oui | 32 _ |
| 7. Toussez-vous <u>habituellement</u> pendant la journée ou pendant la nuit en hiver ? | non oui | 33 _ |
| Si oui à 6 ou 7 : | | |
| 8. Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant trois mois de suite chaque année ? | non oui | 34 _ |
| 9. Crachez-vous <u>habituellement</u> en vous levant en hiver ?
(Répondre oui si vous avalez des crachats qui viennent de vos bronches. Si vos crachats viennent uniquement du nez ou de la gorge, répondre non) | non oui | 35 _ |
| 10. Crachez-vous <u>habituellement</u> pendant la journée ou pendant la nuit en hiver ? | non oui | 36 _ |
| Si oui à 9 ou 10 : | | |
| 11. Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant trois mois de suite chaque année ? | non oui | 37 _ |
| 12. Dans les trois dernières années, vous est-il arrivé de tousser et de cracher (<i>d'avantage</i>) pendant au moins trois semaines ? | non oui | 38 _ |
| Si oui à 12 : | | |
| 13. Cela vous est-il arrivé plus d'une fois ? | non oui | 39 _ |

1|_|_|_|_|_|_|
 1|_|_|_|_|0|1|

42. Avez-vous des frères et soeurs ?	non oui	32 _
Si oui à 42 :		
43. Combien avez-vous de frères	de soeurs	33 _ _ _ _ _ _ _
44. Combien d'entre eux habitent actuellement dans la région ? :		37 _ _
45. Parmi ceux-ci, combien ont 7 ans ou plus?		39 _ _
46. Combien d'entre eux ont-ils déjà été soignés ou suivis pour		
a) rhume des foins	aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :	41 _
b) asthme	aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :	42 _
c) diabète	aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :	43 _
d) eczéma	aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :	44 _
e) ulcère de l'estomac ou du duodénum	aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :	45 _
f) hypertension	aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :	46 _
47. Département ou pays de naissance de votre père :		47 _ _ _ _ _ _
48. Est-il en vie ?	non oui	52 _
Si oui à 48:		
49. Quel âge a-t-il ?		53 _ _
50. Habite-t-il actuellement dans la région ?	non oui	55 _
51. A-t-il déjà été soigné ou suivi pour		
a) rhume des foins ?	non oui	56 _
b) asthme ?	non oui	_
c) diabète ?	non oui	_
d) eczéma ?	non oui	_
e) ulcère de l'estomac ou du duodénum ?	non oui	_
f) hypertension ?	non oui	_
52. Département ou pays de naissance de votre mère :		62 _ _ _ _ _ _
53. Est-elle en vie ?	non oui	67 _
Si oui à 53 :		
54. Quel âge a-t-elle ?		68 _ _
55. Habite-t-elle actuellement dans la région ?	non oui	_
56. A-t-elle déjà été soignée ou suivie pour		
a) rhume des foins ?	non oui	_
b) asthme ?	non oui	_
c) diabète ?	non oui	_
d) eczéma ?	non oui	_
e) ulcère de l'estomac ou du duodénum ?	non oui	_
f) hypertension ?	non oui	_ Ad C/T
57. Quelqu'un de votre famille a-t-il déjà été soigné dans ce service où vous consultez (êtes hospitalisé (e)) aujourd'hui ?	non oui	77 _ _ _ _
Si oui : Lien de parenté:		
Nom et prénom :		
58. Pour quelle maladie (accident) êtes vous hospitalisé(e) ou consultant(e) :		80 _ _ _ _ _ _ _

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire



14. Etes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère ou un étage à un pas normal ? (Pour les malades accidentés, dans la période qui précédait votre accident)	non oui	40 _
Si oui à 14:		
15. Etes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec des personnes de votre âge à un pas normal en terrain plat ?	non oui	41 _
Si oui à 15:		
16. Vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?	non oui	42 _
Si oui à 16:		
17. Etes-vous essoufflé(e) au repos ?	non oui	43 _
18. Avez-vous déjà eu des sifflements dans la poitrine ?	non oui	44 _
Si oui à 18:		
19. Etait-ce		
a) seulement quand vous étiez enrhumé(e) ?	non oui	45 _
b) de temps en temps quand vous n'étiez pas enrhumé(e) ?	non oui	46 _
c) presque tous les jours ?	non oui	47 _
d) presque toutes les nuits ?	non oui	48 _
20. Avez-vous eu des sifflements dans les douze derniers mois ?	non oui	49 _
21. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?	non oui	50 _
22. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?	non oui	51 _
Si oui à 22 :		
22a. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?	non oui	52 _
22b. Avez-vous eu une crise d'asthme dans les douze derniers mois ?	non oui	53 _
Si oui à 21 ou 22:		
23. A quel âge avez-vous eu la première crise ?		54 _ _
24. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire à un moment quelconque dans les douze derniers mois ?	non oui	56 _
25. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement à un moment quelconque dans les douze derniers mois ?	non oui	57 _

26. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux à un moment quelconque dans les douze derniers mois ?	non oui	58		
27. Avez-vous eu de l'eczéma dans votre enfance ?	non oui	59		
28. Avez-vous déjà été soigné(e) ou suivi(e) pour				
a) rhume des foins ?	non oui	60		
b) ulcère de l'estomac ou du duodénum ?	non oui			
c) diabète ?	non oui			
d) hypertension artérielle ?	non oui			
29. Fumez-vous ou avez-vous fumé antérieurement ?	non oui	64		
Si oui à 29 :				
30. A quel âge avez-vous commencé à fumer ? :.....		65		
31. Actuellement, combien fumez-vous de				
a) cigarettes par jour :.....		67		
b) cigarillos par semaine :		69		
c) cigares par semaine :.....		72		
d) tabac à pipe par semaine :		74		
32. Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps				
..... ans Si moins d'un an :		76		
33. Dans votre vie, avez-vous été professionnellement exposé(e) à des poussières, gaz ou vapeurs chimiques ?	non oui	79		
34. Situation de famille : <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié(e), ou en ménage				
<input type="checkbox"/> séparé(e) ou divorcé (e) <input type="checkbox"/> veuf (ve)		12		
35. Quel âge a votre conjoint ?		13		
36. Avez-vous des enfants ?	non oui	15		
Si oui à 36 :				
37. Combien de votre conjoint actuel :		16		
38. Combien de garçons : de filles :		18		
39. Combien d'entre eux habitent actuellement dans la région ?		22		
40. Parmi ceux-ci, combien ont 7 ans ou plus?		24		
41. Combien d'entre eux ont-ils déjà été soignés ou suivis pour				
a) rhume des foins aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :		26		
b) asthme aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :		27		
c) diabète aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :		28		
d) eczéma aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :		29		
e) ulcère de l'estomac aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :		30		
ou du duodénum				
f) hypertension aucun <input type="checkbox"/> Si un ou plus, combien :		31		