



# QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

Nom et prénom de l'enfant .....

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 Necker-Enfants Malades - PARIS

1a. Service : .....

1b. Votre enfant est-il(elle)

hospitalisé(e)

consultant(e)

Consulte-t-il(elle) ici pour la première fois ? non oui

2. Nom et prénom du père de l'enfant : .....

3. Nom et prénom de la mère de l'enfant : .....

4. Date de naissance de l'enfant : .....

4a. Sexe :  masculin  féminin

5. Lieu de naissance : Département (pays) : .....

Commune : .....

6. Questionnaire rempli par

sa mère  son père

une autre personne : .....

7. Votre enfant tousse-t-il (elle) habituellement  
lors de rhumes ?

non oui 33|\_ |

8. Votre enfant tousse-t-il(elle) habituellement  
en dehors des rhumes ?

non oui 34|\_ |

Si oui à 8 :

9. Tousse-t-il (elle) comme cela presque tous les jours  
pendant 3 mois de suite chaque année ?

non oui 35|\_ |

10. Votre enfant crache-t-il (elle) ou a-t-il (elle) une toux  
grasse habituellement lors des rhumes ?

non oui 36|\_ |

11. Cela lui arrive-t-il (aussi) habituellement en dehors  
des rhumes ?

non oui 37|\_ |

Si oui à 11 :

12. Cela lui arrive-t-il presque tous les jours pendant  
3 mois de suite chaque année ?

non oui 38|\_ |

13. Votre enfant a-t-il (elle) fait des épisodes de toux et  
d'expectoration (toux grasse) ayant duré au moins une  
semaine ?

non oui 39|\_ |

1|\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |  
|\_ |\_ |\_ |\_ |2|0|

12|\_ |\_ |

14|\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |

20|\_ |\_ |

22|\_ |\_ |\_ |\_ |

26|\_ |

27|\_ |\_ |\_ |\_ |\_ |

32|\_ |

Enf C/T

Si oui à 13 :		
14. Depuis quel âge ? .....		40 _ _
15. Combien de fois depuis un an ? .....		42 _
16. A-t-il (elle) déjà eu une respiration sifflante		
a) quand il (elle) est enrhumé(e) ?	non oui	43 _
b) de temps en temps en dehors des rhumes ?	non oui	44 _
c) presque tous les jours ?	non oui	45 _
d) presque toutes les nuits ?	non oui	46 _
→ Si oui à 16a ou 16b ou 16c ou 16d :		
17. A-t-il (elle) eu une respiration sifflante avant l'âge de 1 an ?	non oui	47 _
18. A-t-il (elle) eu une respiration sifflante entre 1 et 2 ans ?	non oui	48 _
19. A-t-il(elle) eu une respiration sifflante dans les douze derniers mois ?	non oui	49 _
20. L'effort a-t-il déjà déclenché une crise de sifflements ?	non oui	50 _
21. A-t-il (elle) déjà eu une crise de sifflements gênant sa respiration ?	non oui	51 _
22. A-t-il (elle) déjà eu des crises d'asthme ?	non oui	52 _
Si oui à 22 :		
22a. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?	non oui	53 _
22b. A-t-il (elle) eu une crise d'asthme dans les douze derniers mois ?	non oui	54 _
23. Votre enfant s'est-il (elle) réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire à un moment quelconque dans les douze derniers mois ?	non oui	55 _
24. Votre enfant a-t-il (elle) été réveillé(e) par une quinte de toux à un moment quelconque dans les douze derniers mois ?	non oui	56 _
25. Votre enfant a-t-il (elle) été réveillé(e) par une crise d'essoufflement à un moment quelconque au cours des douze derniers mois ?	non oui	57 _
26. A-t-il (elle) déjà eu de l'eczéma ?	non oui	58 _
27. Un médecin a-t-il porté un diagnostic de		
a) rougeole ?	non oui	59 _
b) sinusite ?	non oui	60 _
c) coqueluche ?	non oui	61 _
d) mucoviscidose ?	non oui	62 _
e) urticaire ?	non oui	63 _
f) bronchite ou bronchiolite	non oui	64 _
g) rhume des foins	non oui	65 _

28. Situation de famille :  célibataire  marié(e), ou en ménage  
 séparé(e) ou divorcé (e)  veuf (ve)  
 Nom et prénom de votre conjoint actuel : .....

66|\_|

29. Quel âge a votre conjoint ? .....

67|\_|

**30. Combien avez-vous d'enfants de votre conjoint actuel (en comptant l'enfant qui consulte aujourd'hui) : .....**

69|\_|

31. Combien de garçons : ..... de filles : .....

71|\_|\_|

32. Combien d'entre eux habitent actuellement dans la région parisienne ? .....

75|\_|

33. Parmi ceux-ci, combien ont 7 ans ou plus? .....

77|\_|

34. Combien d'entre eux ont-ils déjà été soignés ou suivis (en comptant l'enfant qui consulte aujourd'hui) pour

a) rhume des foies aucun  Si un ou plus, combien : .....

79|\_|

b) asthme aucun  Si un ou plus, combien : .....

80|\_|

c) diabète aucun  Si un ou plus, combien : .....

81|\_|

d) eczéma aucun  Si un ou plus, combien : .....

82|\_|

e) ulcère de l'estomac ou du duodénum aucun  Si un ou plus, combien : .....

83|\_|

f) hypertension aucun  Si un ou plus, combien : .....

84|\_|

35. Avez-vous des enfants d'un mariage précédent ? non oui

85|\_|

36. Quel est votre département ou pays de naissance : .....

86|\_|\_|\_|\_|

37. Quel âge avez-vous ? .....

91|\_|

38. Habitez-vous - actuellement dans la région parisienne ? non oui

93|\_|

39. Avez-vous déjà été soigné (e) ou suivi(e) pour

a) rhume des foies ? non oui

94|\_|

b) asthme ? non oui

95|\_|

c) diabète ? non oui

|\_|

d) eczéma ? non oui

|\_|

e) ulcère de l'estomac ou du duodénum ? non oui

|\_|

f) hypertension ? non oui

|\_|

40. Quel est le département ou pays de naissance de votre conjoint : .....

00|\_|\_|\_|\_|

41. Quel âge a-t-il ? .....

105|\_|

42. A-t-il déjà été soigné ou suivi pour

a) rhume des foies ? non oui

107|\_|

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

|\_|

43. Quelqu'un de votre famille a-t-il déjà été soigné dans ce service où votre enfant consulte (est hospitalisé(e)) aujourd'hui ?

113|\_|\_|\_|

Si oui : Lien de parenté avec votre enfant: .....

116|\_|\_|\_|

Nom et prénom : .....

|\_|\_|\_|\_|

44. Pour quelle maladie (accident) votre enfant est-il (elle) consultant(e) ou hospitalisé(e) : .....

*Merci d'avoir répondu à ce questionnaire*



