

IDENTIFICATION

1. Centre : ..... 2. Service : .....
3. Parenté avec le proposant  proposant  
 père  mère  conjoint  frère ou soeur  fils ou fille
4. Nom : .....  
 Nom de jeune fille : .....
5. Prénoms : .....
6. Date du questionnaire : .....
7. Enquêteur : .....

1 | | | | | | | |  
 | | | | | 0 | 3 |

12 | | | | | | | |  
 18 | |

Je vais vous poser un certain nombre de questions concernant les maladies respiratoires et allergiques. Je vous demanderai d'y répondre de façon nette par oui ou par non. Si une question ne vous paraît pas claire, dites-le moi.

SYMPTOMES RESPIRATOIRES ET ORL

8. Avez-vous eu des **sifflements** dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? non oui  
 Si oui à 8 :  
 9. Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ? non oui  
 10. Avez-vous eu ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé(e) ? non oui  
 11. Avez-vous eu une **crise d'essoufflement au repos**, pendant la journée à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois ? non oui  
 12. Avez-vous eu une **crise d'essoufflement** à la suite d'un effort intense, à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois ? non oui  
 13. Vous arrive-t-il d'avoir des **difficultés pour respirer** ? non oui  
 Si oui à 13 : 14. Avez-vous ces difficultés  
 continuellement, donc que votre respiration n'est jamais tout à fait normale ?  
 de façon répétée, mais cela s'arrange toujours complètement ?  
 rarement ?  
 15. Avez-vous déjà eu quand vous n'étiez pas enrhumé(e) des **crises d'éternuements** ? (au moins 5 éternuements consécutifs) non oui  
 Si oui à 15: 16. Cela vous arrive-t-il  
 rarement (moins d'une fois par an)  plus d'une fois par an  
 plus d'une fois par mois  presque tous les jours  
 17. Quand vous n'êtes pas enrhumé(e), avez-vous habituellement le nez bouché ? non oui  
 Si oui à 17 :  
 18. Cela vous arrive-t-il **trois mois de suite** chaque année ? non oui  
 19. Cela vous arrive-t-il plus fréquemment **certaines mois** de l'année ? non oui

19 | |  
 20 | |  
 21 | |  
 22 | |  
 23 | |  
 24 | |  
 25 | |  
 26 | |  
 27 | |  
 28 | |  
 29 | |  
 30 | |

EGEA  
 Ad C/T/F

Si oui à 19: 20. **Quel(s) mois (entourez) ?**:

Janv Fév Mars Avril Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Déc

31											

21. **Quand vous n'êtes pas enrhumé(e) avez-vous habituellement**

le nez qui coule **comme de l'eau** ?

non oui

43		
----	--	--

Si oui à 21:

22. Cela vous arrive-t-il **trois mois de suite** chaque année ?

non oui

44		
----	--	--

23. Cela vous arrive-t-il plus fréquemment **certain** mois de l'année ?

non oui

45		
----	--	--

Si oui à 23: 24. **Quel(s) mois (entourez) ?**:

Janv Fév Mars Avril Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Déc

46											

25. Avez-vous déjà eu les **yeux qui piquent ou qui pleurent** quand vous n'étiez **pas** enrhumé(e) ?

non oui

58		
----	--	--

Si oui à 25 :

26. Cela vous arrive-t-il

rarement (moins d'une fois par an)  plus d'une fois par an

plus d'une fois par mois  presque tous les jours

59		
----	--	--

27. Cela vous arrive-t-il habituellement

de façon isolée

associée avec le nez bouché ou le nez qui coule

60		
----	--	--

28. Quand vous entrez dans une **pièce enfumée**, cela provoque-t-il habituellement

a) une quinte de toux ?

non oui

61		
----	--	--

b) des éternuements ou le nez qui coule comme de l'eau ?

non oui

62		
----	--	--

c) une crise d'essoufflement ?

non oui

63		
----	--	--

29. Quand vous êtes au contact de l'**air froid**, cela provoque-t-il habituellement

a) une quinte de toux ?

non oui

64		
----	--	--

b) des éternuements ou le nez qui coule comme de l'eau ?

non oui

65		
----	--	--

c) les yeux qui pleurent ?

non oui

66		
----	--	--

d) une crise d'essoufflement ?

non oui

67		
----	--	--

30. Un **effort** physique important vous provoque-t-il habituellement

a) une quinte de toux ?

non oui

68		
----	--	--

b) des éternuements ou le nez qui coule comme de l'eau ?

non oui

69		
----	--	--

31. Quand vous êtes au contact du **foin, de fleurs coupées**, cela provoque-t-il habituellement

a) une quinte de toux ?

non oui

70		
----	--	--

b) des éternuements ou le nez qui coule comme de l'eau ?

non oui

71		
----	--	--

c) une crise d'essoufflement ?

non oui

72		
----	--	--

d) des sifflements ?

non oui

73		
----	--	--



EGEA

→ Si non aux Question 21 et 22 (autoquestionnaire), passez à la page 5


Ad C/T/F

→ Si oui à la question 21 ou à la question 22 (asthmatiques), continuez



<input type="checkbox"/> pièce enfumée (tabac)	<input type="checkbox"/> expositions professionnelles, précisez	64	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....						
<input type="checkbox"/> autres irritants (chimiques, fumées, vapeurs, poussières)	<input type="checkbox"/> pollution atmosphérique	66	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>  temps, précisez	<input type="checkbox"/> changement de climat	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....						
<input type="checkbox"/> froid	<input type="checkbox"/> changement de domicile	71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> infection nasale					
.....						
<input type="checkbox"/> autres facteurs déclenchants des crises, précisez		74	<input type="checkbox"/>			
.....						
 (pour les femmes)						
15. Pendant ou avant vos règles, y a (avait)-il une modification de vos crises ?		75	<input type="checkbox"/>			
Si oui,	non - oui					
<input type="checkbox"/> plus de crises pendant vos règles ?	<input type="checkbox"/> moins de crises pendant vos règles ?	76	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> plus de crises avant vos règles ?	<input type="checkbox"/> moins de crises avant vos règles ?	77	<input type="checkbox"/>			
.....						
16. La prise d'aspirine a (avait)-t-elle un effet sur vos crises ?		78	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> pas d'effet	<input type="checkbox"/> les aggrave					
<input type="checkbox"/> diminue leur intensité	<input type="checkbox"/> ne sait pas					
.....						
→ Si début de l'asthme avant 16 ans						
17. Avant l'âge de 16 ans, quelle était en moyenne la fréquence de vos crises ?		79	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> une crise ou plus par jour	<input type="checkbox"/> une crise ou plus par semaine					
<input type="checkbox"/> une crise ou plus par mois	<input type="checkbox"/> moins d'une crise par mois					
.....						
18. Avant l'âge de 16 ans, y avait-il d'autres facteurs déclenchants des crises que ceux de la période actuelle (la dernière période) ?	non - oui	80	<input type="checkbox"/>			
.....						
Si oui, lesquels :		81	<input type="checkbox"/>			
.....						
19. Avez-vous été hospitalisé(e) pour une crise d'asthme dans votre vie ?	non - oui	82	<input type="checkbox"/>			
Si oui à 19						
a) Combien de fois .....		83	<input type="checkbox"/>			
b) A quel âge pour la première fois ? .....		84	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous été hospitalisé(e) d'urgence ?	non - oui	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : A quel âge : .....						
d) Avez-vous été hospitalisé(e) en réanimation ?	non - oui	89	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : A quel âge : .....						
e) Avez-vous été hospitalisé(e) depuis un an ?	non - oui	92	<input type="checkbox"/>			
.....						
20. Avez-vous été traité(e) pour vos crises ?	non - oui	93	<input type="checkbox"/>			
Si oui						
21. Avez-vous été traité(e) dans les douze derniers mois (la dernière période) ?	non - oui	94	<input type="checkbox"/>			
.....						
		95	<input type="checkbox"/>			



10. Avez-vous déjà eu			
a) une rhinite allergique ?	non - oui	48	_   _ _
Si oui : Age de début : .....			
b) une conjonctivite allergique ?	non - oui	51	_
c) le rhume des foins ?	non - oui	52	_
d) une sinusite ?	non - oui	53	_
e) un choc anaphylactique ?	non - oui	54	_
f) un oedème de Quincke ?	non - oui	55	_
11. Etes-vous allergique\$ aux piqûres d'insectes ?	non - oui	56	_ _ _
Si oui :			
-pour quel insecte ?.....			
-quel genre de réactions avez-vous ?			
a) des difficultés pour respirer, une sensation d'évanouissement, des nausées ou de la fièvre	non - oui	58	_
b) une rougeur, démangeaison ou enflure à l'endroit de la piqûre	non - oui	59	_
c) autres (veuillez préciser :.....)	non - oui	60	_
 12. (Pour les femmes)			
a) A quel âge avez-vous eu vos premières règles ? .....		61	_ _
b) Prenez-vous la pilule ?	non - oui	63	_
c) Etes-vous ménopausée ?	non - oui	64	_ _ _
Si oui : Depuis quel âge : .....			
d) Quelle est(était) la durée de votre cycle (quand vous ne prenez(iez) pas la pilule) : ..... jours		67	_ _
13. Avez-vous été opéré pour des polypes dans le nez ?	non - oui	69	_
14. Avez-vous été soigné(e) ou suivi(e) pour			
a) une pleurésie	non - oui	70	_
b) une tuberculose pulmonaire	non - oui	71	_
c) une silicose ou une maladie professionnelle pulmonaire	non - oui	72	_
d) un accident ou une opération au thorax	non - oui	73	_
e) de l'emphysème	non - oui	74	_
f) de la bronchite chronique	non - oui	75	_
g) une autre maladie respiratoire	non - oui	76	_
Si oui, précisez : .....			
h) un ulcère à l'estomac	non - oui	77	_
i) un ulcère au duodénum	non - oui	78	_
j) une maladie de coeur ?	non - oui	79	_
k) une autre maladie grave	non - oui	80	_
Si oui, précisez : .....			
		81	_