

## EGEA - Questionnaire pour les enfants de moins de 16 ans

### IDENTIFICATION

1. Centre : ..... 2. Service : .....

3. Parenté avec le proposant :  proposant  frère/soeur  fils/fille

4. Nom de l'enfant : .....

5. Prénoms de l'enfant : .....

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

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

Précisez s'il y a lieu :  1/2 frère ou 1/2 soeur  enfant adopté  jumeau

8. Date du questionnaire : .....

9. Enquêteur : .....

10. Réponses données par

la mère  le père  une autre personne: .....

Je vais vous poser un certain nombre de questions concernant votre enfant (ou l'enfant .....).en commençant par sa naissance et sa petite enfance. (Pour les enfants de 13, 14 et 15 ans, poser le questionnaire aux enfants)

### NAISSANCE ET PETITE ENFANCE (JUSQU'A L'AGE DE 2 ANS)

(pour les questions 1 à 3, on peut s'aider du carnet de santé)

1. A quel terme votre enfant est-il (elle) né (e)

.....semaines depuis la date des dernières règles

ou ..... mois et semaines depuis la date de conception

1a. Est-il (elle)né(e) un mois au moins avant la date prévue de naissance ?

non oui

2. Quel était son poids à la naissance ? .....

3. Votre (la) grossesse s'est-elle passée normalement ?  
Si non à 3 :

3a. Précisez:.....

4. A-t-il (elle) été hospitalisé(e) après la naissance ou dans la première semaine ?

non oui

5. Avez-vous (sa mère a-t-elle) fumé pendant la grossesse ?

non oui

Si oui à 5 :

5a. Jusqu'à quel mois ? .....

1 | | | | | | | |

7 | | | | | 2 | |

12 | | | |

14 | | | | | | | |

20 | |

21 | |

22 | | | |

24 | | | |

26 | |

27 | | | | | |

31 | |

32 | |

33 | |

34 | |

35 | |

EGEA

Enf C/T/F

6. Votre enfant a-t-il eu comme **allaitement**

un allaitement maternel strict

un allaitement artificiel strict

un allaitement mixte

36 |  |  |

Si allaitement mixte :

6a. A quel âge avez-vous introduit l'allaitement artificiel (en semaines): .....

37 |  |  |  |

6b. A quel âge avez-vous arrêté l'allaitement maternel (en semaines): .....

39 |  |  |  |

7. A-t-il (elle) eu une **intolérance au lait** vous ayant obligé(e) à totalement supprimer le lait pendant plusieurs mois (alimentation au Nutramigen)?

non oui 41 |  |  |

8. Avez-vous du totalement arrêter de lui donner certains autres **aliments** en raison

a) de vomissement ou de diarrhées ?

non oui

Si oui, quel(s) aliment(s):.....

42 |  |  |

b) d'éruptions cutanées ?

non oui

Si oui, quel(s) aliment(s):.....

43 |  |  |

9. Avant l'âge de 2 ans, a-t-il(elle) eu des **quintes de toux**

a) quand il (elle) était enrhumé(e) ?

non oui 44 |  |  |

b) de temps en temps en dehors des rhumes ?

non oui 45 |  |  |

c) presque tous les jours ?

non oui 46 |  |  |

d) presque toutes les nuits ?

non oui 47 |  |  |

10. Avant l'âge de 2 ans, a-t-il (elle) **ronflé bruyamment** en dormant ? non oui 48 |  |  |

**PERIODE ACTUELLE (12 DERNIERS MOIS)**

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur la période actuelle, c'est à dire dans les 12 derniers mois.

11. **Quand il (elle) n'est pas enrhumé(e)**, a-t-il (elle) déjà eu des **crises d'éternuements** ?

non oui 49 |  |  |

Si oui à 11:

11a. Quelle est la fréquence de ces crises ?

moins d'une fois par an  plus d'un fois par an

plus d'une fois par mois  presque tous les jours

50 |  |  |

11b. Quelles sont les situations qui provoquent ces crises :

.....

51 |  |  |

EGEA

Enf C/T/F

|  |  |                              |    |  |  |
|--|--|------------------------------|----|--|--|
| 12. Quand il (elle) n'est pas enrhumé(e), a-t-il (elle) habituellement le nez bouché ?                   | non  | oui                          | 52 |  |  |
| Si oui à 12:   |  |                              |    |  |  |
| 13. Cela lui arrive-t-il trois mois de suite chaque année ?  | non  | oui                          | 53 |  |  |
| 14. Cela lui arrive-t-il plus fréquemment certains mois de l'année ?                                     | non  | oui                          | 54 |  |  |
| Si oui à 14: Quel(s) mois (entourez)   |  |                              | 55 |  |  |
| Janv Fev Mars Avril Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Déc  |  |                              | 61 |  |  |
| 15. Quand il (elle) n'est pas enrhumé(e), a-t-il (elle) habituellement le nez qui coule comme de l'eau ? | non  | oui                          | 67 |  |  |
| Si oui à 15:   |  |                              |    |  |  |
| 16. Cela lui arrive-t-il trois mois de suite chaque année ?  | non  | oui                          | 68 |  |  |
| 17. Cela lui arrive-t-il plus fréquemment certains mois de l'année ?                                     | non  | oui                          | 69 |  |  |
| Si oui à 17: Quel(s) mois (entourez)   |  |                              | 70 |  |  |
| Janv Fev Mars Avril Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Déc  |  |                              | 76 |  |  |
| 18. Quelles sont les situations qui provoquent habituellement ce symptôme ?                              |  |                              | 82 |  |  |
| .....  |  |                              |    |  |  |
| 19. A-t-il (elle) déjà eu les yeux qui piquent ou qui pleurent quand il (elle) n'est pas enrhumé(e) ?    | non  | oui                          | 83 |  |  |
| Si oui à 19:   |  |                              |    |  |  |
| 19a. Cela lui arrive-t-il  |  |                              |    |  |  |
| _  moins d'une fois par an   | _  plus d'un fois par an                           |                              |    |  |  |
| _  plus d'une fois par mois  | _  presque tous les jours                          | 84                           |    |  |  |
| 19b. Cela lui arrive-t-il habituellement   |  |                              |    |  |  |
| _  de façon isolée   | _  associée avec le nez bouché ou le nez qui coule | 85                           |    |  |  |
| 19c. Quelles sont les situations qui provoquent habituellement ce symptôme :                             |  |                              |    |  |  |
| .....  |  |                              | 86 |  |  |
| 20. Dort-il (elle) habituellement la bouche ouverte ?  | non  | oui                          | 87 |  |  |
| 21. Ronfle-t-il (elle) habituellement la nuit quand il (elle) a un rhume?                                | non  | oui                          | 88 |  |  |
| 22. Ronfle-t-il (elle) habituellement (aussi) en dehors des rhumes?                                      | non  | oui                          | 89 |  |  |
| Si oui à 22: Ronfle-t-il   |  |                              |    |  |  |
| _  rarement  | _  souvent   | _  presque toutes les nuits? | 90 |  |  |
|  |  |                              | 91 |  |  |

RCEA  
Enf C/T/F



→ Si non aux Questions 21 et 22 (autoquestionnaire), passer à la page 6  
 → Si oui à la question 21 ou 22 (asthmatiques) continuez

# QUESTIONNAIRE POUR LES ASTHMATIQUES


## CHRONOLOGIE

1. A quel âge a-t-il(elle) eu sa première crise d'asthme ? .....
2. A combien de temps remonte sa dernière crise (en semaines) .....
3. A-t-il(elle) eu une période de plusieurs années sans crise ? non - oui  
Si oui :
4. A quel âge ses crises ont-elles disparu ? .....
5. A quel âge ses crises ont-elles réapparu ? .....

## DESCRIPTION DE SES CRISES DES 12 DERNIERS MOIS (Si ses crises ont actuellement cessé, répondre pour la période où votre enfant avait des crises)

6. Quelle est(était), en moyenne, la fréquence de ses crises ?  
 une crise ou plus par jour       une crise ou plus par semaine  
 une crise ou plus par mois       moins d'une crise par mois
7. A quel moment a(avait)-t-il(elle) plus particulièrement des crises ou quand sont (étaient)-elles les plus graves ?  
 dans la journée    pendant la nuit    il n'y a pas de moment particulier
10. Combien de temps durent (duraient) ses crises ?  
 plusieurs minutes    plusieurs heures    plusieurs jours
11. Ses crises sont (étaient)-elles plus fréquentes ou plus graves certains mois de l'année ? non - oui  
 Si oui, quels mois ? (entourez)  
 Janv. Fév. Mars Avril Mai Juin Juillet Août Sept Oct Nov Déc
12. Ses crises sont(étaient)-elles plus fréquentes ou plus graves certains jours de la semaine ? non - oui  
 Si oui, quels jours ? (entourez)  
 Lundi   Mardi   Mercredi   Jeudi   Vendredi   Samedi   Dimanche
13. Entre ses crises, sa respiration est (était)-elle normale ? non - oui  
 Si non, a(avait)-t-il(elle) des :  
 sifflements    sifflements et léger essoufflement    essoufflement limitant son activité
14. Quels sont les évènements qui provoquent (provoquaient) ses crises  
 poussières,plumes, laines    endroits humides    pollens    tonte du gazon  
 ramassage des feuilles humides    climatisation     animaux, précisez .....  
 exercice    stress, émotions    fatigue    rire  
 odeurs     prendre un repas  
 manger un aliment particulier, précisez .....  
 médicaments, précisez .....

|    |                   |
|----|-------------------|
| 1  | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| 7  | _ _ _ _           |
| 10 | 2 2 _             |
| 12 | _ _ _             |
| 14 | _ _ _ _           |
| 17 | _                 |
| 18 | _ _ _             |
| 20 | _ _ _             |
| 22 | _                 |
| 23 | _                 |
| 24 | _                 |
| 25 | _                 |
| 26 | _ _ _ _ _ _ _ _   |
| 32 | _ _ _ _ _ _ _ _   |
| 38 | _                 |
| 39 | _ _ _ _ _ _ _ _   |
| 46 | _                 |
| 47 | _                 |
| 48 | _ _ _ _ _ _ _ _   |
| 52 | _ _ _ _ _         |
| 55 | _ _ _ _ _ _ _ _   |
| 59 | _ _ _ _ _         |
| 62 | _ _ _ _           |

|  |  |    |  |
|--|--|----|--|
| <input type="checkbox"/> pièce enfumée (tabac)   |  | 64 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |
| .....  |  |    |  |
| <input type="checkbox"/> autres irritants.....   | <input type="checkbox"/> pollution atmosphérique | 66 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |
| (chimiques, fumées, vapeurs, poussières)   |  |    |  |
| <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"/> |
| .....  | <input type="checkbox"/> altitude (>1500m)       |    |  |
| <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"/> |
|  | <input type="checkbox"/> infection nasale        |    |  |
| <input type="checkbox"/> autres facteurs déclenchants des crises, précisez .....   |  | 74 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 16. La prise d'aspirine a (avait)-t-elle un effet sur ses crises ?   |  | 75 | <input type="checkbox"/> <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             |    |  |
| 19. A-t-il(elle) été hospitalisé(e) pour une crise d'asthme dans sa vie ?  |  | 76 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
|  | non - oui  |    |  |
| Si oui à 19  |  | 77 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| a) Combien de fois .....   |  |    |  |
| b) A quel âge pour la première fois ? .....  |  | 78 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   |
| c) A-t-il(elle) été hospitalisé(e) d'urgence ?   | non - oui  | 80 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |
| Si oui : A quel âge : .....  |  |    |  |
| d) A-t-il(elle) été hospitalisé(e) en réanimation ?  | non - oui  | 83 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |
| Si oui : A quel âge : .....  |  |    |  |
| e) A-t-il(elle) été hospitalisé(e) depuis un an ?  | non - oui  | 86 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| 20. A-t-il(elle) été traité(e) pour ses crises ?   | non - oui  | 87 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
| Si oui   |  |    |  |
| 21. A-t-il(elle) été traité(e) dans les douze derniers mois (la dernière période) ?  | non - oui  | 88 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |
|  |  | 89 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |

# ANTECEDENTS RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES

1 | | | | | | | |  
7 | | | | | 2 | 3 |

## 1. Avant l'âge de 1 an, a-t-il (elle) eu

Si oui, a-t-il(elle) été hospitalisé(e) pour cela ?

|   |         |         |    |  |  |  |  |
|---|---------|---------|----|--|--|--|--|
| - une bronchite ?   | non oui | non oui | 12 |  |  |  |  |
| - une bronchiolite ?  | non oui | non oui | 14 |  |  |  |  |
| - une bronchite asthmatiforme ?   | non oui | non oui | 16 |  |  |  |  |
| - une pneumonie ou un foyer infectieux ?                                      | non oui | non oui | 18 |  |  |  |  |
| - une bronchopneumonie ?  | non oui | non oui | 20 |  |  |  |  |
| - des complications pulmonaires lors d'une grippe ou d'une infection virale ? | non oui | non oui | 22 |  |  |  |  |

## 2. Entre 1 et 2 ans, a-t-il (elle) eu

Si oui, a-t-il(elle) été hospitalisé(e) pour cela ?

|   |         |         |    |  |  |  |  |
|---|---------|---------|----|--|--|--|--|
| - une bronchite ?   | non oui | non oui | 24 |  |  |  |  |
| - une bronchiolite ?  | non oui | non oui | 26 |  |  |  |  |
| - une bronchite asthmatiforme ?   | non oui | non oui | 28 |  |  |  |  |
| - une pneumonie ou un foyer infectieux ?                                      | non oui | non oui | 30 |  |  |  |  |
| - une bronchopneumonie ?  | non oui | non oui | 32 |  |  |  |  |
| - des complications pulmonaires lors d'une grippe ou d'une infection virale ? | non oui | non oui | 34 |  |  |  |  |

## 3. Entre 2 et 9 ans, votre enfant a-t-il (elle) eu une bronchite, bronchiolite ou bronchite asthmatiforme ?

non oui 36 | |

Si oui à 3 : 3a. Combien de fois  1 ou 2  3 à 9  10 ou plus 37 | |

## 4. Entre 2 et 9 ans a-t-il (elle) eu ou plusieurs autres maladies bronchopulmonaires ( une pneumonie, une bronchopneumonie, une congestion pulmonaire, des complications pulmonaires lors d'une grippe) ?

non oui 38 | |

Si oui à 4: 4a. A-t-il (elle) été hospitalisé(e) pour cela ? non oui 39 | |

## 5. Entre 9 et 16 ans votre enfant a-t-il (elle) eu une bronchite, bronchiolite ou bronchite asthmatiforme ?

non oui 40 | |

Si oui à 5 : 5a. Combien de fois  1 ou 2  3 à 9  10 ou plus 41 | |


## 6. Entre 9 et 16 ans a-t-il (elle) eu ou plusieurs autres maladies bronchopulmonaires ( une pneumonie, une bronchopneumonie, une congestion pulmonaire, des complications pulmonaires lors d'une grippe) ?

non oui 42 | |

Si oui à 6 :6a. A-t-il (elle) été hospitalisé(e) pour cela ? non oui 43 | |

ECEA

Enf C/T/F

|  |         |    |  |  |
|--|---------|----|--|--|
| 7. A-t-il (elle) eu une <b>otite</b> avant l'âge de 2 ans ?  | non oui | 44 |  |  |
| Si oui à 7:  |         |    |  |  |
| 7a. A cette occasion son oreille a-t-elle coulé ou son tympan (son oreille)a-t-il été percé par le médecin ?           | non oui | 45 |  |  |
| 8. A-t-il (elle) eu une <b>laryngite</b> avant l'âge de 2 ans ?  | non oui | 46 |  |  |
| 9. A-t-il (elle) eu de l' <b>eczéma</b> avant l'âge de 2 ans ?   | non oui | 47 |  |  |
| 10. A-t-il (elle) eu de l'eczéma <b>après</b> l'âge de 2 ans ?   | non oui | 48 |  |  |
| 11. A-t-il (elle) déjà eu  |         |    |  |  |
| a) une rhinite allergique ?  | non oui | 49 |  |  |
| Si oui : Age de début ? ....   |         | 50 |  |  |
| b) une conjonctivite allergique ?  | non oui | 52 |  |  |
| c) le rhume des foins ?  | non oui | 53 |  |  |
| d) un choc anaphylactique ?  | non oui | 54 |  |  |
| e) un oedème de Quincke ?  | non oui | 55 |  |  |
| 12. Est-il (elle) allergique aux <b>piqûres d'insectes</b> ?   | non oui |    |  |  |
| Si oui. -Pour quel insecte ? : .....   |         | 56 |  |  |
| - Quel genre de réaction a-t-il (elle) ?   |         |    |  |  |
| 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 (préciser) : .....  |         | 60 |  |  |
| 13. A-t-il(elle) été opéré (e) a)des amygdales ?   | non oui | 61 |  |  |
| b) des végétations ?   | non oui | 62 |  |  |
| c) pour des polypes dans le nez ?  | non oui | 63 |  |  |
| 14. A-t-il (elle) déjà été soigné(e) ou suivi (e) pour   |         |    |  |  |
| a) une primo infection ?   | non oui | 64 |  |  |
| b) un pneumothorax ?   | non oui | 65 |  |  |
| c) un accident ou une opération au thorax ?  | non oui | 66 |  |  |
| d) une autre maladie respiratoire ?  | non oui | 67 |  |  |
| e) une maladie de coeur ?  | non oui | 68 |  |  |
| f) une autre maladie grave ?   | non oui | 69 |  |  |
| Si oui, précisez:.....   |         |    |  |  |
|  Pour les filles de plus de 8 ans : |         |    |  |  |
| 15. A-t-elle déjà ses règles ?   | non oui | 70 |  |  |
| Si oui . 15a. Age aux premières règles: .....  |         | 71 |  |  |

EGEA

Enf C/T/F

