

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

Coller étiquette



Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

.....

Commune :Code postal :

1|_|_|
3|_|_|_|
7|_|_|

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

10|2|0|1|1|

1. Date |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
2. Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
3. Sexe : masculin féminin
4. Lieu de naissance : département (ou pays) commune
5. Situation de famille : célibataire marié(e) ou en ménage séparé(e) ou divorcé (e) veuf(ve)
- 5a. Avez-vous des enfants ? non oui **Si oui, combien :**
- 5b. Age de vos enfants (exemple : 18 - 14 - 6 - 2 ans)

De votre conjoint actuel	D'un conjoint précédent
Garçons :	Garçons :
Filles :	Filles :
- 5c. Avez-vous des frères et sœurs ? non oui **Si oui, combien :**
- 5d. Age de vos frères et sœurs (exemple : 34 - 26 - 22 ans)

Frères :	Sœurs :
----------------	---------------
6. Toussez-vous *habituellement* en vous levant en hiver ? non oui
7. Toussez-vous *habituellement* pendant la journée ou pendant la nuit en hiver ? non oui
Si oui à 6 ou 7
8. Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant trois mois de suite chaque année ? non oui
9. Crachez-vous *habituellement* 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, répondez non.) non oui
10. Crachez-vous *habituellement* pendant la journée ou pendant la nuit en hiver ? non oui
Si oui à 9 ou 10
11. Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant trois mois de suite chaque année ? non oui
12. Dans les trois dernières années, vous est-il arrivé de tousser et de cracher (*d'avantage*) pendant au moins trois semaines ? non oui
Si oui à 12
13. Cela vous est-il arrivé plus d'une fois ? non oui
14. Etes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat ou en montant une côte *légère* ou un étage à un pas normal ? non oui
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
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
Si oui à 16
17. Etes-vous essoufflé(e) au repos ? non oui

13|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

21|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

29|_|

||_|_|_|_|_|_|

||

||_|_|_|

39|_|_|_|_|_|

||_|_|_|

||_|_|_|

54|_|

||

||

59|_|

||

||

||

65|_|

18. Avez-vous déjà eu des sifflements dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	66|_ |		
Si oui à 18				
19. Etait-ce	<input type="checkbox"/> seulement quand vous étiez enrhumé(e)	<input type="checkbox"/> de temps en temps quand vous n'étiez pas enrhumé(e)	<input type="checkbox"/> presque tous les jours ou presque toutes les nuits	_ |
20. Avez-vous eu des sifflements dans les douze derniers mois ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
21. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
22. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	70|_ |		
Si oui à 22				
22a. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
22b. Avez-vous eu une crise d'asthme <i>dans les douze derniers mois</i> ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
Si oui à 21 ou 22				
23. A quel âge avez-vous eu la première crise ?	..... ans	_ | _ |		
24. Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
25. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire à un moment quelconque dans <i>les douze derniers mois</i> ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
26. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement à un moment quelconque <i>dans les douze derniers mois</i> ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
27. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux à un moment quelconque <i>dans les douze derniers mois</i> ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
28. Avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le "rhume des foins" ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
Si oui à 28				
29. A quel âge avez-vous eu le rhume des foins ou des allergies nasales pour la première fois ?	..... ans	80|_ | _ |		
30. En avez-vous eu <i>dans les douze derniers mois</i> ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
31. Fumez-vous ou avez-vous fumé antérieurement ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
Si oui à 31				
32. A quel âge avez-vous commencé à fumer ?	..... ans	84|_ | _ |		
33. Actuellement, combien fumez vous de :				
a) cigarettes par jour ?	.....	86|_ | _ |		
b) cigarillos par semaine ?	.....	_ | _ | _ |	
c) cigares par semaine ?	.....	_ | _ |	
d) tabac à pipe par semaine ?	.....	93|_ | _ |		
34. Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ? un an ou plus :	ans	_ | _ | _ |		
Si moins d'un an :	mois			
35. Dans votre vie, avez-vous été professionnellement exposé(e) à des poussières, gaz ou vapeurs chimiques ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
36. Dans l'ensemble, depuis l'enquête précédente, pensez-vous que l'état de vos bronches ou de votre respiration ait changé ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ |		
Si oui à 36				
37. S'est-il :	<input type="checkbox"/> amélioré <input type="checkbox"/> ou aggravé	_ |		
		101|_ | _ | _ | _ |		

A quel numéro de téléphone est-il possible de vous joindre ?

N° Téléphone dans la journée :

N° Téléphone le soir :

N° Portable :

Mèl :

Commentaires :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

