

EGEA2 - QUESTIONNAIRE

Nom (*Ecrire en majuscules*) :

Nom de Jeune Fille (*Ecrire en majuscules*) :

Prénoms :

Date :

Identification

Lieu d'examen :

13|_|_|

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Sexe : masculin féminin

|_|

Date du questionnaire : |_|_|_|_|_|_|_|_|2|0|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|2|0|_|_|_|

Enquêteur (Ecrire en majuscules) :

32|_|_|

Je vais vous poser des 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.

1. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois? non oui 34|_|
Si oui à 1
2. Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements? non oui |_|
 3. Avez-vous eu ces sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé(e)? non oui |_|
4. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois? non oui |_|
5. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois? non oui |_|
6. Avez-vous eu une crise d'essoufflement APRES un effort intense, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois? non oui |_|
7. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois? non oui |_|
Si oui à 7
8. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, dans les 3 derniers mois? non oui |_|
- Si oui à 8 :**
9. En moyenne, avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, au moins une fois par semaine dans les 3 derniers mois? non oui |_|
Si oui à 9
- 9a. Combien de fois par semaine, en moyenne, avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, dans les 3 derniers mois? |_|_|_|_| fois |_|_|
10. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois? non oui |_|
11. Toussez-vous habituellement en vous levant, en hiver? (En cas de doute, utilisez la question 13 pour confirmer) non oui 46|_|

12. Toussez-vous habituellement pendant la journée ou la nuit, en hiver ? non oui 47|_ |

Si oui à 11 OU 12

13. Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ? non oui |_ |

14. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ? (En cas de doute, utilisez la question 16 pour confirmer) non oui |_ |

15. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ? non oui 50|_ |

Si oui à 14 OU 15

16. Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ? non oui |_ |

17. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés pour respirer ? non oui |_ |

Si oui à 17

17a. Avez-vous ces difficultés :

continuellement, donc votre respiration n'est jamais tout à fait normale

de façon répétée, mais cela s'arrange toujours complètement

seulement rarement

|_ |

18. Marchez-vous difficilement pour une autre raison qu'une maladie cardiaque ou pulmonaire ? non oui |_ |

Si oui à 18

18a. Décrire cette raison :

Si non à 18

19. Etes vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ? non oui |_ |

Si oui à 19

19a. Etes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ? non oui |_ |

Si oui à 19a

19b. 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 19b

19c. Etes-vous essoufflé(e) au repos ? non oui |_ |

Femmes : continuez

Hommes : passez à la question 21

20. Avez-vous déjà remarqué que vous aviez des symptômes respiratoires (tels que sifflements dans la poitrine, gêne respiratoire, essoufflement,) à un moment particulier de votre cycle menstruel ? (Cochez une seule case)

Oui, la semaine qui précède les règles

Oui, pendant les règles

Oui, la semaine qui suit les règles

Oui, à un autre moment du cycle

Cela ne me concerne pas (pas de règles)

Non

|_ |

Tous

21. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ? non oui 60|_ |

22. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ? non oui |_ |

Si oui à 22

22a. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ? non oui |_ |

22b. Avez-vous eu une crise d'asthme dans les douze derniers mois ? non oui 63|_ |

**Si Oui à 21 OU 22, ou Oui à 21 OU 22 dans l'autoquestionnaire, continuez
Sinon, allez page 5, question 1**

64|_ |_ |_ |_ |

QUESTIONNAIRE POUR LES ASTHMATIQUES

10 | 21014 |

1. A quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme? |_|_| ans
 2. A combien de temps remonte votre dernière crise (en semaines)? |_|_|_| sem.
 3. Avez-vous eu une période de plusieurs années sans crise? non oui
Si oui à 3
 4. A quel âge vos crises ont-elles disparu? |_|_| ans
 5. A quel âge vos crises ont-elles réapparu? |_|_| ans

13 | |_|_|
 |_|_|_|
 |_|
 |_|_|
 21 | |_|_|

DESCRIPTION DES CRISES D'ASTHME

S'il y a eu des crises dans les 12 derniers mois

Si les crises ont cessé depuis au moins un an

ETAT DE FOND

Je vais maintenant vous poser des questions sur vos crises des 12 derniers mois
↓

Je vais maintenant vous poser des questions sur vos crises. Vos crises ayant actuellement cessé, répondez-moi pour la période où vous aviez des crises
↓

6. Quelle est (était) en moyenne la fréquence de vos crises ?

- 1 crise/jour ou plus
- 1 crise/semaine ou plus
- 1 crise/mois ou plus
- moins d'1 crise/mois

- 1 crise/jour ou plus
- 1 crise/semaine ou plus
- 1 crise/mois ou plus
- moins d'1 crise/mois

|_|_|

7. Combien de crises avez-vous eu dans les 3 derniers mois ?

|_|_|_|

|_|_|_|

8. Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) à cause de votre asthme dans les 3 derniers mois ?

- toutes les nuits ou presque toutes les nuits
- plus d'une fois par semaine, mais pas la plupart des nuits
- au moins 2 fois par mois, mais moins d'une fois par semaine
- moins de 2 fois par mois
- pas du tout

|_|

9. A quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à respirer à cause de votre asthme dans les 3 derniers mois ?

- tout le temps
- environ une fois par jour
- au moins une fois par semaine, mais moins d'une fois par jour
- moins d'une fois par semaine
- pas du tout

|_|

10. Vos crises sont (étaient)-elles plus fréquentes ou plus graves certaines mois de l'année ?

- non oui
Si oui
 10a. Quels mois ? (Entourez)
 Jan Fev Mar Avr Mai Juin
 Juill Août Sept Oct Nov Déc

- non oui
Si oui
 10b. Quels mois ? (Entourez)
 Jan Fev Mar Avr Mai Juin
 Juill Août Sept Oct Nov Déc

30 | |_|_|
_	_	_	_	_
_	_	_	_	_
_	_	_	_	_
 50 | |_|_|_|_|_|

11. Vos crises sont (étaient)-elles plus fréquentes ou plus graves certaines jours de la semaine ?

- non oui
Si oui
 11a. Quels jours ? (Entourez)
 lun mar mer jeu ven sam dim

- non oui
Si oui
 11b. Quels jours ? (Entourez)
 lun mar mer jeu ven sam dim

|_|_|_|
 |_|_|_|_|_|
 65 | |_|_|_|_|_|

12. Entre vos crises, votre respiration est(était)-elle normale ?

- non oui
Si non
 12a. Avez-vous des
 sifflements
 sifflements et léger essoufflement
 essoufflement limitant votre activité

- non oui
Si non
 12b. Aviez-vous des
 sifflements
 sifflements et léger essoufflement
 essoufflement limitant votre activité

|_|_|_|
 74 | |_|_|_|
 76 | |_|_|_|_|

EFFETS AIGUS / FACTEURS MODIFIANT LES CRISES

10 | 21015 |

S'il y a eu des crises dans les 12 derniers mois

Si les crises ont cessé depuis au moins un an

(pour les questions 13, 14, 15)

13 | _ |

13. Quels sont les événements qui provoquent (provoquaient) vos crises ?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Poussières, plumes, laines | <input type="checkbox"/> Endroits humides | <input type="checkbox"/> Pollens |
| <input type="checkbox"/> Tonte du gazon | <input type="checkbox"/> Ramassage des feuilles humides | <input type="checkbox"/> Climatisation |
| <input type="checkbox"/> Animaux, précisez : | <input type="checkbox"/> Exercice | <input type="checkbox"/> Stress, émotion |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Rire | <input type="checkbox"/> Odeurs |
| <input type="checkbox"/> Prendre un repas | <input type="checkbox"/> Vin, alcool | <input type="checkbox"/> Manger un aliment particulier, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Médicaments, précisez : | <input type="checkbox"/> Pièce enfumée (tabac) | <input type="checkbox"/> Expositions professionnelles, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Autres irritants (chimiques fumées, vapeurs, poussières) | <input type="checkbox"/> Pollution atmosphérique | <input type="checkbox"/> Temps, précisez : |
| <input type="checkbox"/> Changement de climat | <input type="checkbox"/> Altitude (> 1500 m) | <input type="checkbox"/> Froid |
| <input type="checkbox"/> Changement de domicile | <input type="checkbox"/> Infection nasale | <input type="checkbox"/> Forte chaleur |
| <input type="checkbox"/> Autres facteurs déclenchants des crises, précisez: | | |

| _ | _ | _ | _ |

| _ | _ | _ | _ |

20 | _ | _ | _ | _ |

| _ | _ | _ | _ |

| _ | _ | _ | _ |

31 | _ | _ | _ | _ |

| _ | _ | _ | _ |

| _ | _ | _ | _ |

41 | _ | _ | _ | _ |

44 | _ |

14. La prise d'aspirine a (avait)-elle un effet sur vos crises ?

- pas d'effet les aggrave diminue leur intensité ne sait pas

| _ |

15. La prise d'anti-inflammatoires a (avait)-elle un effet sur vos crises ?

- pas d'effet les aggrave diminue leur intensité ne sait pas

| _ |

Femmes : continuez

Hommes : passez à la question 19

16. Avez-vous remarqué que votre asthme s'aggravait à un moment particulier de votre cycle menstruel ? (Cochez une seule case)

- Oui, la semaine qui précède les règles Oui, pendant les règles Oui, la semaine qui suit les règles Oui, à un autre moment du cycle Cela ne me concerne pas (pas de règles) Non

| _ |

17. Avez-vous été enceinte depuis le début de votre asthme ?

non oui

Si oui à 17

| _ |

18. Que s'est-il passé pour votre asthme pendant vos grossesses ?

- Il s'est amélioré Il s'est aggravé Il n'a pas changé C'était variable selon les grossesses Je ne sais pas

| _ |

Tous

TRAITEMENT

19. Avez-vous été traité(e) pour vos crises ?

non oui

Si oui à 19

| _ |

20. Avez-vous été traité(e) dans les 12 derniers mois ?

non oui

51 | _ |

52 | _ | _ | _ | _ |

55 | _ | à 68 | _ |

RHINITE

10 | 210161

1. Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas la grippe ? non oui

13 | _ |

Si oui à 1

2. Aviez vous les yeux qui piquent ou qui pleurent quand vous aviez ces problèmes de nez ? non oui

| _ |

3. A quel âge avez-vous eu ces problèmes de nez pour la première fois ? | _ | _ | ans

| _ | _ |

4. A quand remonte le dernier épisode ? | _ | _ | _ | sem

| _ | _ | _ |

5. Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas la grippe dans les 12 derniers mois ? non oui

20 | _ |

6. Durant ces 12 derniers mois, quelle était en moyenne la fréquence de vos problèmes de nez ?

moins d'un mois par an

plus d'un mois par an

Si oui

moins de 4 jours

4 jours ou plus par semaine

| _ |

7. Pendant lequel ou lesquels de ces 12 derniers mois avez-vous eu ces problèmes de nez ? (Entourez)

Janv Fev Mars Avril Mai Juin Juillet Août Sept Oct Nov Déc

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

28 | | _ | | _ | | _ | | _ | |

8. Durant les 12 derniers mois, quels facteurs ont déclenché ou augmenté ces problèmes de nez ?

acariens ou poussières de maison pollens animaux autres, précisez

| _ |

9. Durant les 12 derniers mois, ces problèmes de nez ont-ils gêné vos activités quotidiennes ?

pas du tout

un peu

modérément

beaucoup

| _ |

10. Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ? non oui

| _ |

Si oui à 10

11. A quel âge pour la première fois ? | _ | _ | ans

| _ | _ |

12. Avez-vous déjà eu le rhume des foins ? non oui

| _ |

Si oui à 12

13. A quel âge pour la première fois ? | _ | _ | ans

40 | | _ | _ |

14. Avez-vous déjà eu une conjonctivite allergique ? non oui

| _ |

15. Une sinusite ? non oui

| _ |

16. Un choc anaphylactique ? non oui

| _ |

17. Un oedème de Quincke ? non oui

| _ |

18. Avez-vous été opéré(e) pour des polypes dans le nez ? non oui

| _ |

19. Etes-vous allergique aux piqûres d'insectes ? non oui

| _ |

Si oui à 19

20. Pour quel(s) insecte(s) ?

| _ | _ |

21. Quel genre de réactions avez-vous ?

des difficultés pour respirer, une sensation d'évanouissement, des nausées ou de la fièvre

une rougeur, démangeaison ou enflure à l'endroit de la piqûre

autres, précisez

50 | | _ | | _ | _ |

PEAU

<p>22. Avez-vous déjà eu des rougeurs ou des éruptions qui démangent, qui apparaissent et disparaissent, <u>pendant au moins 6 mois</u> ?</p> <p>Si oui à 22</p> <p>23. A quel âge ces rougeurs sont-elles apparues pour la première fois ? <input type="checkbox"/> moins de 2 ans <input type="checkbox"/> 2-4 ans <input type="checkbox"/> plus de 5 ans</p> <p>24. Avez-vous eu ces rougeurs qui démangent dans les <u>12 derniers mois</u> ?</p> <p>25. Est-ce que, <u>à un moment quelconque</u>, ces rougeurs se sont situées sur l'un des points suivants : aux plis des coudes, derrière les genoux, sur le devant des chevilles, sous les fesses, ou autour du cou, des oreilles ou des yeux ?</p> <p>26. Durant les <u>12 derniers mois</u>, ces rougeurs ou éruptions qui démangent, ont-elles complètement disparu à un moment quelconque ?</p> <p>27. Durant les <u>12 derniers mois</u>, combien de fois ces rougeurs ou éruptions qui démangent vous ont-elles empêché de dormir ? <input type="checkbox"/> jamais dans les 12 derniers mois <input type="checkbox"/> moins d'une nuit par semaine <input type="checkbox"/> une ou plusieurs nuits par semaine</p>	<p>non oui 53|_ |</p> <p>non oui |_ |</p> <p>non oui |_ |</p> <p>non oui |_ |</p> <p>non oui |_ |</p> <p>non oui |_ |</p> <p>non oui |_ |</p>
<p>28. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?</p> <p>Si oui à 28</p> <p>29. Avez-vous de l'eczéma depuis votre enfance ?</p> <p>30. En avez-vous eu dans les <u>12 derniers mois</u> ?</p> <p>Si oui à 30</p> <p>31. Quels ont été les facteurs qui ont provoqué votre eczéma dans les <u>12 derniers mois</u> ? <input type="checkbox"/> contact avec lessives <input type="checkbox"/> colorants <input type="checkbox"/> parfum <input type="checkbox"/> huiles minérales <input type="checkbox"/> contact (ceinture, boucle d'oreille) <input type="checkbox"/> nickel, cobalt <input type="checkbox"/> médicaments, lesquels <input type="checkbox"/> autre, précisez:</p>	<p>non oui |_ |</p> <p>non oui 60|_ |</p> <p>non oui |_ |</p> <p>|_ |_ |_ | |_ |_ |_ | |_ |_ |_ |</p>
<p>32. Avez-vous déjà eu des plaques rouges qui grattent ou qui brûlent comme après une piqûre d'ortie ?</p> <p>Si oui à 32</p> <p>33. Est-ce que ces plaques avaient tendance à se déplacer à différents endroits de votre corps ?</p>	<p>non oui 72|_ |</p> <p>non oui |_ |</p>
<p>34. Avez-vous déjà eu de l'urticaire ?</p> <p>Si oui à 34</p> <p>35. En avez-vous eu dans <u>les 12 derniers mois</u> ?</p> <p>Si oui à 35</p> <p>36. Par quoi a-t-elle été provoquée dans les <u>12 derniers mois</u> ? <input type="checkbox"/> un frottement <input type="checkbox"/> le froid <input type="checkbox"/> l'exercice <input type="checkbox"/> l'alimentation <input type="checkbox"/> l'aspirine <input type="checkbox"/> certaines saisons <input type="checkbox"/> autres raisons, précisez</p>	<p>non oui |_ |</p> <p>non oui |_ |</p> <p>|_ |_ |_ | |_ |_ |_ | 82|_ |_ |</p>

AUTRES ANTECEDENTS

- | | | |
|--|---------|--|
| 37. Dans votre vie, avez-vous été soigné(e) ou suivi(e) pour une pleurésie ? | non oui | 84 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 38. Une tuberculose pulmonaire ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 39. Une silicose ou une maladie professionnelle pulmonaire ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 40. Un accident ou une opération au thorax ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 41. De l'emphysème ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 42. De la bronchite chronique ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 43. Une autre maladie respiratoire ? | non oui | 90 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Si oui à 43

Précisez :

- | | | |
|-----------------------------|---------|---|
| 44. Un ulcère à l'estomac ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 45. Un ulcère au duodénum ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 46. Une maladie de cœur ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 47. Du diabète ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Si oui à 47

- | | | |
|-----------------------------------|---------|---|
| 48. Est-il insulino dépendant ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 49. Une maladie de Crohn ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 50. Un psoriasis ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 51. Une sclérose en plaques ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 52. Une polyarthrite rhumatoïde ? | non oui | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 53. Une autre maladie grave ? | non oui | 100 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Si oui à 53

Précisez :

101 |

TABAC

10|210171

1. Fumez-vous ou avez-vous fumé antérieurement une cigarette par jour ou plus pendant au moins un an ? non oui 13|_ |

Si oui à 1

2. A quel âge avez-vous commencé à fumer ? |_|_| | ans |_|_|

3. Consommation :

	Cigarettes / jour	Cigares / semaine	Cigarillos / semaine	Tabac pipe g / semaine	Durée (années)
→ Actuellement	16|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|	|_|_|
→ Avant	28|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|	|_|_|
→ Avant	40|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|	|_|_|

(de 1 à 11 mois, coder 0 dans durée ; transformer le nombre de paquets de tabac à pipe par semaine en grammes, 1 paquet = 40 ou 50 g; à défaut, compter 2 g de tabac par pipe)

4. Aval(i)ez-vous la fumée ? non oui 52|_ |

Si vous avez arrêté

5. Depuis combien de temps ? |_|_| | ans |_|_|

6. Avez-vous arrêté de fumer à cause de vos bronches ? non oui |_|

TABAC PASSIF

7. A part vous-même, combien de personnes vivent actuellement dans le même appartement ou la même maison que vous ? |_|_| | |_|_|

8. Parmi celles-ci, combien sont des fumeurs ? |_|_| | |_|_|

Si vous êtes marié(e)

9. Votre conjoint fume-t-il(elle) ou a-t-il(elle) fumé depuis que vous vivez ensemble ? non oui 60|_ |

Si oui à 9

10. Sa consommation est (était)-elle :

légère (moins de 10 cigarettes/jour) moyenne (entre 10 et 20 cigarettes/jour) élevée (plus d'un paquet/jour) |_|_|

11. Fume-t-il (elle) actuellement ? non oui |_|_|

Tous

12. Travail(i)ez-vous dans une atmosphère enfumée par le tabac (*métier actuel ou dernier métier*) ? jamais occasionnellement souvent tous les jours |_|_|

13. Combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres ? |_|_| | h |_|_|

Si une heure ou plus

Combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres dans les lieux suivants :

14. Au domicile ? |_|_| | h |_|_|

15. Au travail ? |_|_| | h |_|_|

16. Dans des bars, restaurants, cinémas, d'autres lieux de loisirs ? |_|_| | h 70|_|_|

17. Ailleurs ? |_|_| | h |_|_|

74|_|_|_|_|

14. Si vous avez vécu de façon discontinue dans une zone industrielle, indiquez le nombre total d'années dans votre vie.	|_ _|_ ans	127|_ _|
15. A un moment quelconque de votre vie, avez-vous habité dans une rue où des poids lourds (camions, bus) passaient devant votre maison ?	non oui	|_ |
Si oui à 15		
16. Passaient-ils :		
<input type="checkbox"/> Sans arrêt <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Rarement		|_ |
17a. Depuis quel âge ?	|_ _|_ ans	|_ _|
17b. Jusqu'à quel âge ?	|_ _|_ ans	|_ _|
18. Si vous avez vécu de façon discontinue près d'une voie à grande circulation, indiquez le nombre total d'années dans votre vie. Etait-ce ?		
<input type="checkbox"/> pendant 1 an <input type="checkbox"/> entre 1 et 5 ans <input type="checkbox"/> entre 5 et 10 ans <input type="checkbox"/> pendant >10 ans		135|_ |
19. A un moment quelconque de votre vie, avez-vous déménagé pour raisons de santé ?	non oui	|_ |
Si oui à 19		
20. Pourquoi ? .....		|_ |
21. A quel âge ?	|_ _|_ ans	|_ _|
		140|_ _|_ |
<hr/>		
22. Quel terme définit le mieux votre lieu d'habitation à votre naissance ?		10|2|0|9|
<input type="checkbox"/> une ferme <input type="checkbox"/> un village dans une zone rurale <input type="checkbox"/> une petite ville <input type="checkbox"/> un centre ville <input type="checkbox"/> une banlieue		|_ |
23. Si vous avez déménagé avant l'âge de 5 ans, quel terme définit le mieux le lieu où vous avez vécu le plus longtemps quand vous aviez moins de 5 ans ?		
<input type="checkbox"/> une ferme <input type="checkbox"/> un village dans une zone rurale <input type="checkbox"/> une petite ville <input type="checkbox"/> un centre ville <input type="checkbox"/> une banlieue		14|_ |
Si la réponse à la question 22 OU 23 est autre que « ferme », continuez Si la réponse à la question 22 OU 23 est « une ferme », passez à la question 26		
24. Avez-vous vécu dans une ferme pendant au moins 3 mois de suite quand vous étiez enfant ?	non oui	|_ |
Si non à 24		
25. Avez-vous vécu dans une ferme pendant au moins 2 mois de suite quand vous étiez enfant ?	non oui	|_ |
Si oui à 24 ou 25		
26. De quel âge à quel âge avez-vous vécu dans une ferme ?		
Age début (naissance ou < 1 an = 00) :	|_ _|_ ans	|_ _|
27. Age fin :	|_ _|_ ans	19|_ _|
28. Vos parents étaient-ils fermiers ? (y compris métayers, à l'exclusion des salariés agricoles non logés à la ferme)	non oui	21|_ |

29. Viviez-vous à la ferme tout le temps ou pendant certaines périodes ?

- tout le temps les «week-end» et vacances (*enfant en pension*) pendant les vacances (*par exemple : chez des grands-parents*) autres (*précisez :
.....*)

22|_ |

30. Y avait-il les animaux suivants :

- a. Vaches non oui, élevage oui, quelques uns |_ |
- b. Chevaux non oui, élevage oui, quelques uns |_ |
- c. Cochons non oui, élevage oui, quelques uns |_ |
- d. Moutons non oui, élevage oui, quelques uns |_ |
- e. Lapins non oui, élevage oui, quelques uns 27|_ |
- f. Volailles non oui, élevage oui, quelques uns |_ |
- g. Autres, précisez : non oui, élevage oui, quelques uns |_ |
-

31. Y avait-il des activités agricoles ?

non oui

|_ |

Si oui à 31

32. Lesquelles :
(*exemples : fourragère, céréalière, maraîchère, betteraves, etc*)

|_ | |

Tous

33. Quand vous étiez enfant, buviez-vous habituellement du lait cru ?

non oui

|_ |

34. Dans votre petite enfance, avez-vous eu des contacts à la campagne avec des vaches ?

non oui

|_ |

ANIMAUX DOMESTIQUES

35. Avez-vous un chat (ou des chats) ?

non oui

35|_ |

Si oui à 35

36. Le(s) laissez-vous rentrer dans la maison ?

non oui

|_ |

37. Le(s) laissez-vous rentrer dans votre chambre à coucher ?

non oui

|_ |

38. Avez-vous un chien (ou des chiens) ?

non oui

|_ |

Si oui à 38

39. Le(s) laissez-vous rentrer dans la maison ?

non oui

|_ |

40. Le(s) laissez-vous rentrer dans votre chambre à coucher ?

non oui

|_ |

41. Avez-vous des oiseaux ?

non oui

|_ |

Si oui à 41

42. Avez-vous des oiseaux à l'intérieur de la maison ?

non oui

42|_ |

43. Dans votre enfance, aviez-vous un animal domestique ? non oui 43|_|

Si oui à 43

44. Etait-ce ?

1 chat 1 chien 1 rongeur 1 oiseau autre, précisez

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

Si la réponse 44 est « un chat »

Y avait-il un chat chez vous ?

Si oui à 45, 46, 47, 48

Combien de chats en même temps ?

45. Pendant la 1^{ère} année de votre vie ? non oui

45a. 1 2 3

49|_|_|

46. Quand vous aviez entre 1 et 2 ans ? non oui

46a. 1 2 3

|_|_|

47. Quand vous aviez entre 2 et 4 ans ? non oui

47a. 1 2 3

|_|_|

48. Quand vous aviez entre 5 et 15 ans ? non oui

48a. 1 2 3

|_|_|

Si la réponse 44 est « un chien »

Y avait-il un chien chez vous ?

Si oui à 49, 50, 51, 52

Combien de chiens en même temps ?

49. Pendant la 1^{ère} année de votre vie ? non oui

49a. 1 2 3

57|_|_|

50. Quand vous aviez entre 1 et 2 ans ? non oui

50a. 1 2 3

|_|_|

51. Quand vous aviez entre 2 et 4 ans ? non oui

51a. 1 2 3

|_|_|

52. Quand vous aviez entre 5 et 15 ans ? non oui

52a. 1 2 3

|_|_|

Si la réponse à 44 est « un oiseau »

53. Y avait-il des oiseaux chez vous pendant la 1^{ère} année de votre vie ? non oui

|_|

54. Quand vous aviez entre 1 et 4 ans ? non oui

66|_|

55. Quand vous aviez entre 5 et 15 ans ? non oui

|_|

56. Dans votre vie, vous êtes-vous séparé d'un animal de compagnie, un chat ou un chien ? non oui

|_|

Si oui à 56

57. Quel animal ?

chat chien

|_|

Si oui à «chat»

Si oui à «chien»

58. A quel âge ? (noter si plusieurs réponses)

|_|_| ans

|_|_| ans

70|_|_|_|_|_|_|_|

59. Etait-ce pour raisons de santé ?

non oui

non oui

76|_|_|

Si oui à 59

60. Etait-ce à cause d'un problème d'allergie ? non oui non oui

|_|_|

Si la réponse à la question 43 (« animal dans l'enfance ? ») est non

61. Est-ce que vous n'avez pas eu de chat ou de chien dans votre enfance :

- parce que vous aviez un problème d'allergie ?
- à cause d'un problème d'allergie dans votre famille ?
- pour une autre raison ?

80|_|_|_|

Précisez :

83|_|_|_|

HISTOIRE PROFESSIONNELLE (INCLUANT LES PERIODES DE STAGE)

Nous allons passer à ce qui concerne votre vie professionnelle. Je vais vous poser des questions concernant les stages réalisés durant votre cursus scolaire puis des questions concernant les différents métiers que vous avez exercés durant toute votre vie.

10|21101

1. A quel âge avez-vous quitté l'école ? |_|_| ans Année : |_|_|_|_| (coder l'année) |_|_|_|_|
2. Avez-vous obtenu un diplôme ? non oui |_|
- Si oui à 2** 3. Lequel :
- Certificat d'études CAP BEPC Bac BTS, DUT, DEUG Etudes Supérieures |_|
4. Avez-vous effectué un ou plusieurs stages en entreprise pour obtenir un diplôme de CAP, BEP, Bac professionnel, BTS, DUT, DEA ou une autre formation technique ? non oui 20|_|

Si oui à la question 4, continuez
Si non à la question 4, passez à la question 23

Pouvez-vous nous décrire les stages en milieu professionnel que vous avez effectués ?

Quel était votre premier stage ? (exemple)

Année début : 2000	Année fin : 2001	Durée en mois : 6 mois
Intitulé complet du diplôme CAP menuisier	Dans quel secteur d'activité avez vous effectué ce stage ? Industrie du meuble	
Pouvez-vous me décrire brièvement les tâches effectuées habituellement durant ce stage ? Fabrication de meubles (table, vaisselier,...), sculpter, poncer et vernir les meubles, utilisation de machine à bois et d'outils à main		

Quel était votre premier stage ?

5. Année début : |_|_|_|_| ou âge :	6. Année fin : |_|_|_|_| ou âge :	7. Durée en mois : |_|_|	|_|_|_|
8. Intitulé complet du diplôme		9. Dans quel secteur d'activité avez-vous effectué ce stage ?	
10. Pouvez-vous me décrire brièvement les tâches effectuées habituellement durant ce stage ?			
11. Avez-vous ensuite changé d'orientation professionnelle pour raison de santé ? non oui |_|		12. Laquelle :	
13. Etait-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ? non oui |_|			

Quel était votre deuxième stage ?

14. Année début : |_|_|_|_| ou âge :	15. Année fin : |_|_|_|_| ou âge :	16. Durée en mois : |_|_|	|_|_|_|
17. Intitulé complet du diplôme		18. Dans quel secteur d'activité avez-vous effectué ce stage ?	
19. Pouvez-vous me décrire brièvement les tâches effectuées habituellement durant ce stage ?			
20. Avez-vous ensuite changé d'orientation professionnelle pour raison de santé ? non oui |_|		21. Laquelle :	
22. Etait-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ? non oui |_|			

Si plus de 2 stages, complétez l'annexe « Stages », page 14A
Si non, continuez

23. Vous a-t-on conseillé ou avez-vous décidé de ne pas choisir certaines filières professionnelles ou certains métiers pour des raisons de santé ? non oui |_|
- Si oui à 23**
24. Quelles filières ou métiers ? 50|_|_|
25. Pour quelles raisons de santé ? |_|_|
26. Par qui (médecin, enseignant, parent proche, ami, vous-même,) ces filières ou métiers vous ont-ils été déconseillés ? |_|
27. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé ? non oui |_|

Si oui à 27, continuez
Si non à 27, distribuez l'autoquestionnaire « Environnement »

13|1|

|_|_|_|

|_|

|_|

20|_|

|_|_|_|

|_|_|_|

|_|_|

31|_|_|

|_|

|_|

|_|_|_|

|_|_|_|

43|_|_|

|_|_|

|_|

|_|

|_|

50|_|_|

|_|_|

|_|

|_|

56|_|_|_|

1. En quelle année avez-vous commencé à travailler ? |_|_|_|_|

10|2|1|1|
13|1|

Si plus d'un an après la fin des études, notez la raison :

Pouvez-vous nous décrire les métiers que vous avez exercés au moins 3 mois, du plus ancien au plus récent ?

Exemple	Année début : 2000	Année fin : 2002
Quel est (était) votre métier ? Electricien	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ? (Que faisait votre entreprise ou quel service fournissait-elle) ? Petite société d'électricité	
Pouvez-vous me décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? Monter, réparer et tester des installations électriques. Percer des tranchées dans les murs, enduire.		

Métier numéro 1	2. Année début : |_|_|_|_| ou âge :	3. Année fin : |_|_|_|_| ou âge : .....	|_|_|_| |_|_|_|
4. Quel est (était) votre métier ?	5. Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?		
6. Pouvez-vous me décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?			
7. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ?			non oui 22|_|
<input type="checkbox"/> Si oui à 7 8. Laquelle :			
9. Etait-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ?			non oui |_|

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers, notez la raison :

Métier numéro 2	10. Année début : |_|_|_|_| ou âge :	11. Année fin : |_|_|_|_| ou âge : .....	|_|_|_| |_|_|_|
12. Quel est (était) votre métier ?	13. Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?		
14. Pouvez-vous me décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?			
15. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ?			non oui 32|_|
<input type="checkbox"/> Si oui à 15 16. Laquelle :			
17. Etait-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ?			non oui |_|

Si il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers, notez la raison :

Métier numéro 3	18. Année début : |_|_|_|_| ou âge :	19. Année fin |_|_|_|_| ou âge : .....	|_|_|_| |_|_|_|
20. Quel est (était) votre métier ?	21. Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?		
22. Pouvez-vous me décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?			
23. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ?			non oui 42|_|
<input type="checkbox"/> Si oui à 23 24. Laquelle :			
25. Etait-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ?			non oui |_|

Si il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers, notez la raison :

Métier numéro 4	26. Année début : |_|_|_|_|_| ou âge :	27. Année fin : |_|_|_|_|_| ou âge :
28. Quel est (était) votre métier ?	29. Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?	
30. Pouvez-vous me décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?		
31. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ?		non oui
Si oui à 31 32. Laquelle :		
33. Etait-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ?		non oui

44|_|_|_|_|
|_|_|_|_|

52|_|

|_|

Si il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers, notez la raison :

Métier numéro 5	34. Année début : |_|_|_|_|_| ou âge :	35. Année fin : |_|_|_|_|_| ou âge :
36. Quel est (était) votre métier ?	37. Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?	
38. Pouvez-vous me décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?		
39. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ?		non oui
Si oui à 39 40. Laquelle :		
41. Etait-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ?		non oui

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

62|_|

|_|

Si il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers, notez la raison :

Métier numéro 6	42. Année début : |_|_|_|_|_| ou âge :	43. Année fin : |_|_|_|_|_| ou âge :
44. Quel est (était) votre métier ?	45. Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?	
46. Pouvez-vous me décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?		
47. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ?		non oui
Si oui à 47 48. Laquelle :		
49. Etait-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ?		non oui

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

72|_|

|_|

74|_|_|_|_|

**Si plus de 6 métiers, complétez l'annexe « Métiers », page 15A
Sinon, continuez**

1. Dans votre vie, avez-vous été professionnellement en contact avec **des animaux** comme

- petits rongeurs
- volailles
- autres oiseaux
- bovins, chevaux, porcs, moutons
- autres animaux, précisez :
- non, pas d'exposition à des animaux

Si oui à 1

2. Pouvez-vous me préciser les circonstances de cette exposition ?
(notez le(s) numéro(s) de métier)

.....
.....

3. Dans votre vie, avez-vous été professionnellement exposé(e) à des conditions particulières de **température ou d'humidité**, comme

- sources de chaleur intense
- froid, quand il fait froid dehors
- froid, chambre froide
- brusques variations de températures
- atmosphère très humide
- courants d'air fréquents
- non, pas de conditions particulières de température ou d'humidité

Si oui à 3

4. Pouvez-vous me préciser les circonstances de cette exposition ?
(notez le(s) numéro(s) de métier)

.....
.....

5. Avez-vous eu à un moment quelconque de votre vie un **grave incident d'inhalation** de poussières, fumées, gaz ou vapeurs chimiques ?

non oui

Si oui à 5

6. Etait-ce à votre travail ?

non oui

7. Avez-vous été mis(e) en arrêt de travail ?

non oui

8. Avez-vous été hospitalisé(e) ?

non oui

9. A quelle année remonte cet accident ?

|_|_|_|_|

10. Quels produits et dans quelles circonstances ?

40|_|_|

11. Avez-vous eu une maladie professionnelle pulmonaire ?

non oui

Si oui à 11

12. Laquelle :

13. A-t-elle été déclarée ?

non oui

Si oui à 13

14. En quelle année ?

|_|_|_|_|

15. Avez-vous travaillé comme infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire ?

non oui

(Nous nous intéressons à toutes les catégories de personnels soignants, cf instructions aux enquêteurs)

**Si oui à 15, continuez page 18
et complétez le questionnaire « Infirmier(ière), personnel de santé ou de laboratoire »**

16. Avez-vous travaillé :

a. En tant que personnel de ménage ou de nettoyage ?

non oui

b. En élevage agricole (porcherie, poulailler, étable, ...)

non oui

c. Dans certains métiers de l'alimentaire (abattoir, alimentation industrielle, boucherie) ?

non oui

d. Dans une animalerie ?

non oui

**Si oui à l'une des questions 16a, 16b, 16c, 16d, continuez page 20
et complétez le questionnaire « Travail de ménage et de nettoyage »**
Sinon, distribuez l'autoquestionnaire « Environnement »

10|21121

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

|_|_|

20|_|_|

|_|_|

|_|_|

|_|_|

|_|_|

30|_|_|

|_|

|_|

|_|

|_|

|_|_|_|

40|_|_|

|_|

|_|

|_|

|_|_|_|

|_|

50|_|

|_|

|_|

|_|

54|_|_|_|

Infirmier (ière), personnel de santé ou personnel de laboratoire

Rappeler ici : 1. Numéro du métier : |_|_|_|
 2. Année début : |_|_|_|_|_| 3. Année fin : |_|_|_|_|_|

14 |_|_|_|_|
 |_|_|_|_|
 20 |_|_|_|_|

4. Quel était votre travail ? Identifiez le travail principal.
- | | Non | Oui | |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| a) Infirmier(ère) chez un généraliste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| b) Infirmier(ère) dans un hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| c) Aide soignant(e) dans un hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| d) Assistant(e) anesthésiste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| e) Technicien(ne) dans un hôpital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| f) Personnel soignant au domicile des malades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| g) Personnel soignant en maison de retraite ou chez des personnes âgées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30 \|_\| |
| h) Sage-femme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| i) Infirmier(ère) de maternité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| j) Assistant(e) de dentiste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| k) Médecin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| l) Chirurgien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| m) Autre, précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |

5. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les tâches professionnelles suivantes ?
- | | Nombre de jours par semaine | | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | Jamais | <1 j | 1-3 j | 4-7 j | |
| a) Assister un généraliste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| b) Travail dans un centre médical (<i>consultations externes</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| c) Travail en milieu paramédical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| d) Travail aux urgences | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40 \|_\| |
| e) Travail dans une unité de réanimation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| f) Travail au bloc opératoire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| g) Travail dans une salle d'endoscopie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| h) Travail en oncologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| i) Travail en radiologie/médecine nucléaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| j) Préparation de médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| k) Donner des médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| l) Travail dans un laboratoire d'analyse médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| m) Travail dans un laboratoire de chimie/biologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| n) Travail dans un laboratoire d'anatomopathologie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50 \|_\| |
| o) Désinfection | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |

6. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé des gants de latex poudrés ? |_|
7. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé des gants de latex non poudrés ? |_|

8. Combien de paires de gants de latex poudrés avez-vous utilisés par jour ?
- | | Nombre de paires de gants utilisées par jour | | | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| | Aucune | 1-2 | 3-5 | 6-10 | > 10 | |
| a) Combien de paires de gants de latex <u>poudrés</u> avez-vous utilisés par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| b) Combien de paires de gants de latex <u>non poudrés</u> avez-vous utilisés par jour ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |

10. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage suivants au travail ?
- | | Nombre de jours par semaine | | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | Jamais | <1 j | 1-3 j | 4-7 j | |
| a) Poudre à laver, à récurer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| b) Tous nettoyants liquides, sauf produit vaisselle et lessive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| c) Produits pour blanchir, eau de javel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| d) Ammoniac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| e) Solvants, détachants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 60 \|_\| |
| f) Produits de nettoyage <u>en sprays</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ |
| g) Autres produits de nettoyage, précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 62 \|_\| |

	Nombre de jours par semaine				
	Jamais	<1 j	1-3 j	4-7 j	
11. Combien de jours par semaine avez-vous exercé les tâches professionnelles suivantes en utilisant des désinfectants ?					
a) Préparation/mélange de désinfectants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63 <input type="text"/>
b) Remplissage d'appareils avant l'utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c) Désinfection proprement dite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d) Nettoyage d'instruments/équipements après utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12. Combien de jours par semaine avez-vous désinfecté les lieux suivants ?					
a) Sanitaires (toilettes, salle de bain, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b) Cuisines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c) Instruments médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d) Equipement de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70 <input type="text"/>
e) Bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f) Autres lieux, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
13. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les méthodes de désinfection suivantes ?					
a) Utiliser des sprays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b) Rincer à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c) Laver à la machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d) Nettoyer des surfaces avec une éponge ou un torchon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e) Laver à la serpillière ou frotter le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f) Autre méthode, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
14. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les désinfectants suivants ?					
a) Formaldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b) Glutaraldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80 <input type="text"/>
c) Eau de javel, chlore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d) Chloramine-T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e) Alcool (éthanol, méthanol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f) Ammoniac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
g) Composés d'ammonium quaternaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
h) Oxyde d'éthylène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
i) Halamid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Si vous ne connaissez pas le produit actif :					
j) Donnez la marque (inscrire ci-dessous)					
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
k) Autre produit ; ne sait pas le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90 <input type="text"/>
15. Les jours où vous utilisiez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisiez-vous en moyenne ?	<input type="checkbox"/> <1 heure par jour	<input type="checkbox"/> 1-4 heures par jour	<input type="checkbox"/> >4 heures par jour		<input type="text"/>
16. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ?	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> <1 jour/sem	<input type="checkbox"/> 1-3 jour/sem	<input type="checkbox"/> 4-7 jours/sem	<input type="text"/>
17. Vous est-il arrivé de devoir nettoyer après un déversement accidentel de produits chimiques ?	non	oui			<input type="text"/>
18. Avez-vous travaillé comme personnel soignant ou personnel de laboratoire pendant une autre période ?				non	oui <input type="text"/>

Si Non à 18, retournez page 17, question 16.

Si Oui avec des tâches très différentes, complétez l'annexe « Infirmier(ière), personnel de santé ou personnel de laboratoire », page 18A.

Si Oui avec des tâches similaires:

19. Indiquez le(s) numéro(s) correspondant(s) de métier(s) : et retournez page 17, question 16.

| | | | | | | | | | |

99 | | | | |

Travail de ménage et de nettoyage

10 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 |

Rappeler ici : 1. Numéro du métier : |_|_|_|
 2. Année début : |_|_|_|_|_| 3. Année fin : |_|_|_|_|_|

14 | |_|_|_|_|

|_|_|_|_|

20 | |_|_|_|_|

4. Où avez-vous fait du nettoyage/ménage ? Indiquer le lieu principal
- | | Non | Oui |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Logements privés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ecoles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Bureaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Hôpitaux, pharmacies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Boutiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Cafés, restaurants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Cuisines | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Usines, lieux de production | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Extérieur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Animalerie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Abattoir, alimentation industrielle, boucherie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Porcherie, poulailler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Autres (<i>piscines, ...</i>), précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

30 | |_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

5. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les opérations de nettoyage suivantes ?
- | | Nombre de jours par semaine | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Jamais | <1 j | 1-3 j | 4-7j |
| a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur, battre des tapis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Passer la serpillière ou lessiver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Nettoyer la cuvette des toilettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Lustrer, cirer parquet/meubles, shampooiner tapis/moquette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Nettoyer les vitres ou les miroirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Faire la lessive à la main | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Faire la lessive à la machine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Faire du nettoyage industriel (<i>entretien régulier, nettoyage de machines</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

40 | |_|_|_|_|

6. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage suivants ?
- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Poudre à laver, à récurer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Tous nettoyants liquides, sauf produit vaisselle et lessive | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Cires et produits pour lustrer (<i>sol, meubles</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Produits pour blanchir, eau de javel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ammoniac | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Détartrants, acides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Solvants, détachants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Autres produits de nettoyage, précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

50 | |_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

|_|_|_|_|

7. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les sprays suivants ?
- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Sprays pour les meubles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sprays pour les vitres ou miroirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Sprays pour les tapis, la moquette ou les rideaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Sprays pour laver le sol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Sprays pour le four | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Sprays pour le repassage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Sprays anti-mauvaises odeurs (<i>pour rafraîchir l'air</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Autres sprays, précisez : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

60 | |_|_|_|_|

|_|_|_|_|

8. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé des produits de nettoyage parfumés ?
- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

62 | |_|_|_|_|

9. Combien de jours par semaine avez-vous exercé les tâches professionnelles suivantes en utilisant des désinfectants ?	Nombre de jours par semaine				
	Jamais	<1 j	1-3 j	4-7 j	
a) Préparation/mélange de désinfectants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63|_
b) Remplissage d'appareils avant l'utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
c) Désinfection proprement dite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
d) Nettoyage d'instruments /équipements après utilisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
10. Combien de jours par semaine avez-vous désinfecté les lieux suivants ?					
a) Sanitaires (<i>toilettes, salle de bain, ...</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
b) Cuisines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
c) Instruments médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
d) Equipement de laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70|_
e) Machines industrielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
f) Systèmes de refroidissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
g) Etables, écuries, cages pour animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
h) Serres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
i) Déchets agricoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
j) Abattoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
k) Boucheries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
l) Autres boutiques d'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
m) Magasins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
n) Autres lieux, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80|_
11. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les méthodes de désinfection suivantes ?					
a) Utiliser des sprays	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
b) Rincer à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
c) Laver à la machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
d) Nettoyer des surfaces avec une éponge ou un torchon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
e) Laver à la serpillière ou frotter le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
f) Autre méthode, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
12. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les désinfectants suivants ?					
a) Formaldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
b) Glutaraldéhyde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
c) Eau de javel, chlore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
d) Chloroamine-T	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90|_
e) Alcool (<i>éthanol, méthanol</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
f) Ammoniac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
g) Composés d'ammonium quaternaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
h) Oxyde d'éthylène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
i) Halamid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
Si vous ne connaissez pas le produit actif,					
j) Donnez la marque (inscrire ci-dessous)					
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
k) Autre produit ; ne sait pas le nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
13. Les jours où vous utilisez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisez-vous en moyenne ?	<input type="checkbox"/> <1 heure par jour <input type="checkbox"/> 1-4 heures par jour <input type="checkbox"/> >4 heures par jour				|_
14. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ?	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> <1 jour/sem <input type="checkbox"/> 1-3 jour/sem <input type="checkbox"/> 4-7 jours/sem				100|_
15. Avez-vous travaillé comme personnel de ménage ou de nettoyage, en élevage agricole, en animalerie, en alimentation industrielle, dans un abattoir ou dans une boucherie, pendant une autre période ?	non oui				|_
Si Non à 15 distribuez l'autoquestionnaire « Environnement ». Si Oui avec des tâches très différentes, complétez l'annexe « Travail de ménage/nettoyage », page 20A. Si Oui avec des tâches similaires, 16. : Indiquez le(s) numéro(s) correspondant(s) de métier(s) : et distribuez l'autoquestionnaire « Environnement ».					102|_|_|_|

Distribuez et récupérez l'autoquestionnaire portant sur alimentation, activité physique,



puis continuer

MEDICAMENTS INHALES

1. Avez-vous utilisé des médicaments **inhalés** pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

non oui

Si non à 1, allez page 26, question 1

<p>Si oui à 1 Montrez les listes 2. Avez-vous utilisé des médicaments inhalés des listes suivantes dans les <u>12 derniers mois</u> ?</p>	<p>LISTE 1 (Béta-2-mimétiques inhalés à courte durée d'action et association de bronchodilatateurs)</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>LISTE 2 (Béta-2-mimétiques inhalés à longue durée d'action)</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>LISTE 3 (Anticholinergiques inhalés)</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>LISTE 4 (Cromones)</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>LISTE 5 (Corticoïdes inhalés)</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>LISTE 6 (Association de corticoïdes inhalés et de Béta-2-mimétiques à longue durée d'action)</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>Si oui à 2 3. Lequel (lesquels) ?</p> <p>(Indiquez tous les médicaments utilisés dans les 12 derniers mois)</p>	<p>Nom Dose*</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Nom Dose*</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Nom Dose*</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Nom Dose*</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Nom Dose*</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Nom Dose*</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Dans les <u>3 derniers mois</u>, comment les avez-vous utilisés ?</p>	<p><input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>	<p><input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>	<p><input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>	<p><input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>	<p><input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>	<p><input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>
<p>Si en cas de besoin 5. Nb bouffées/mois</p> <p>6. En avez-vous utilisé dans les <u>15 derniers j</u> ?</p>	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>Si en cures courtes 7. Nombre de cures</p> <p>8. Nb bouffées/jour</p> <p>9. Nb jours/mois (en moyenne)</p> <p>10. En avez-vous utilisé dans les <u>15 derniers j</u> ?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>Si continuellement 11. Nb bouffées/jour</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>

*Dose : indiquez la dose par bouffée en **microgrammes** : exemple : Becotide® 250 : la dose est de 250 microgrammes/bouffée. Si le traitement est donné par nébulisation, indiquez les doses en équivalent d'une bouffée (cf instructions aux enquêteurs)

Q1	10|2|2|0| 13|_					
	LISTE 1 (Béta-2-mimétiques inhalés à courte durée d'action et association de bronchodilatateurs)	LISTE 2 (Béta-2-mimétiques inhalés à longue durée d'action)	LISTE 3 (Anticholinergiques inhalés)	LISTE 4 (Cromones)	LISTE 5 (Corticoïdes inhalés)	LISTE 6 (Association de corticoïdes inhalés et de Béta-2-mimétiques à longue durée d'action)
Q2	14|_	36|_	53|_	71|_	86|_	108|_
Q3	|_|_|_|_| |_|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|_|	|_|	|_|_|_|_| |_|_|_|_|	|_|_|_|_| |_|_|_|_|
Q4	|_|	|_|	|_|	|_|	|_|	|_|
Q5	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q6	|_|	|_|	|_|	|_|	|_|	|_|
Q7	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q8	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q9	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q10	|_|	|_|	|_|	|_|	|_|	|_|
Q11	34|_|_|	51|_|_|	69|_|_|	84|_|_|	106|_|_|	128|_|_| 130|_|_|_|_|

MEDICAMENTS PAR VOIE ORALE

1. Avez-vous utilisé des **pilules, gélules, comprimés ou médicaments** (autres que médicaments inhalés) pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois** ? non oui

Si non à 1, allez page 28, question 1 ou 2

<p>Si oui à 1 Montrez les listes 2. Avez-vous utilisé des médicaments des listes suivantes dans les 12 derniers mois ?</p>	<p>Liste 7 (Bêta-2-mimétiques par voie orale) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>Liste 8 (Méthylxanthines par voie orale) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>Liste 9 (Anti-leukotriènes par voie orale) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>Liste 10 (Corticoïdes par voie orale ou injectable) <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>Si oui à 2 3. Lequel (lesquels) ? (Indiquez tous les médicaments utilisés dans les 12 derniers mois)</p>	<p>Nom Dose* </p>	<p>Nom Dose* </p>	<p>Nom Dose* </p>	<p>Nom Dose* </p>
	<p>4. Dans les 3 derniers mois, comment les avez-vous utilisés ? <input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>	<p>4. Dans les 3 derniers mois, comment les avez-vous utilisés ? <input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>	<p>4. Dans les 3 derniers mois, comment les avez-vous utilisés ? <input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>	<p>4. Dans les 12 derniers mois, comment les avez-vous utilisés ? <input type="checkbox"/> en cas de besoin <input type="checkbox"/> par cures courtes <input type="checkbox"/> continuellement <input type="checkbox"/> pas du tout</p>
<p>Si en cas de besoin 5. Nb comprimés/mois 6. En avez-vous utilisé dans les 15 derniers jours ?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>Si en cures courtes 7. Nombre de cures 8. Nb comprimés/jour 9. Nb jours/mois (en moy) 10. En avez-vous utilisé dans les 15 derniers jours ?</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>	<p>..... <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>
<p>Si continuellement 11. Nb comprimés/jour</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
				<p>Si oui à 4 12. En avez-vous utilisé dans les 3 derniers mois ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui</p>

*Dose : indiquez la dose en milligrammes par unité de prise. Exemple : Medrol® 32 : la dose est de 32 mg par comprimé.

Q1	10|2|2|1| 13|_|			
	Liste 7 (Bêta-2-mimétiques par voie orale)	Liste 8 (Méthylxanthines par voie orale)	Liste 9 (Anti-leukotriènes par voie orale)	Liste 10 (Corticoïdes par voie orale ou injectable)
Q2	14|_|	31|_|	49|_|	66|_|
Q3	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|_|_|_|_| 74|_|_|_|_|_|_|_|
Q4	|_|	|_|	|_|	|_|
Q5	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q6	|_|	|_|	|_|	|_|
Q7	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q8	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q9	|_|_|	|_|_|	|_|_|	|_|_|
Q10	|_|	|_|	|_|	|_|
Q11	29|_|_|	47|_|_|	64|_|_|	|_|_|
Q12				94|_| 95|_|_|_|_|

Si corticoïdes inhalés dans les 12 derniers mois (réponse « oui » à la question 2 (liste 5) page 24), **passez directement à la question 2**

10|2|2|2|

1. Avez-vous déjà utilisé des corticoïdes inhalés ? non oui
(Montrez la **liste des corticoïdes inhalés (liste 5)**)

13|_|

Si oui à 1

2. Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à prendre, pour la première fois, des corticoïdes inhalés ? |_|_| ans |_|_|

3. Avez-vous pris des corticoïdes inhalés chaque année depuis l'étude précédente ? non oui |_|

Si oui à 3, posez la question 4
Si non à 3, posez les questions 5 et 6

4. En moyenne, combien de mois par an les avez-vous pris ? |_|_|_| mois |_|_|

Passez à la question 7

5. Combien d'années depuis l'étude précédente, avez-vous pris des corticoïdes inhalés ? |_|_|_| ans |_|_|

6. En moyenne, combien de mois les avez-vous pris pendant chacune de ces années ? |_|_|_| mois 21|_|_|

TRAITEMENT RHINITE

7. Avez-vous utilisé des sprays par voie nasale pour soigner des troubles du nez dans les **12 derniers mois** ? non oui |_|

Si oui à 7

8. Avez-vous utilisé l'un des sprays suivants ? non oui |_|
(Montrez la **liste des corticoïdes par voie nasale (liste 11)**)

Si oui à 8

9. Lequel (lesquels) ?
(Indiquez tous les médicaments utilisés dans les 12 derniers mois)

Nom	Dose	
.....	_ _ _ _ _
.....	30|_|_|_|_|_|

10. Avez-vous utilisé l'un des sprays suivants ? non oui |_|
(Montrez la **liste des antihistaminiques par voie nasale (liste 12)**)

11. Avez-vous pris des pilules, gélules, comprimés ou médicaments (autres que par voie nasale) pour soigner des troubles du nez dans les **12 derniers mois** ? non oui |_|
(Montrez la **liste des anti-histaminiques par voie orale (liste 13)**) ?

TRAITEMENT, HOSPITALISATIONS

12. Quand on vous prescrit des médicaments pour votre respiration, prenez-vous **normalement** :

- tout le traitement la plus grande partie du traitement une partie du traitement rien |_|_|
 cela ne me concerne pas

Si « cela ne me concerne pas » à la question 12, passez à la question 14

13. **Quand votre état respiratoire s'aggrave**, et que l'on vous prescrit des médicaments pour votre respiration, prenez-vous normalement :
 tout le traitement la plus grande partie du traitement une partie du traitement rien |_|_|

14. Avez-vous été hospitalisé(e) pour une crise d'asthme dans votre vie ? non oui |_|_|

Si oui à 14

15. Combien de fois ? |_|_|_| fois 40|_|_|

16. A quel âge la première fois ? |_|_|_| ans 42|_|_|

17. Depuis l'étude précédente, êtes-vous allé(e) aux urgences, dans un hôpital ou une clinique, pour de l'asthme ?	non oui	44|_|
Si oui à 17		
18. A quel âge ?	|_|_| ans	|_|
19. Etes-vous allé(e) aux urgences, dans un hôpital ou une clinique, pour de l'asthme dans les <u>12 derniers mois</u> ?	non oui	|_|
Si oui à 19 20. Combien de fois dans les <u>12 derniers mois</u> ?	|_|_| fois	|_|
21. Depuis l'étude précédente, avez-vous passé une nuit à l'hôpital pour de l'asthme ?	non oui	50|_|
Si oui à 21		
22. A quel âge ?	|_|_| ans	|_|
23. Avez vous passé une nuit à l'hôpital pour de l'asthme dans les <u>12 derniers mois</u> ?	non oui	|_|
Si oui à 23 24. Combien de nuits avez-vous passé à l'hôpital dans les <u>12 derniers mois</u> ?	|_|_| nuits	|_|
25. Depuis l'étude précédente, avez-vous vu un médecin pour de l'asthme ?	non oui	|_|
Si oui à 25		
26. Avez-vous vu un médecin pour de l'asthme dans les <u>12 derniers mois</u> ?	non oui	57|_|
Si oui à 26		
27. Avez-vous vu un médecin généraliste ?	non oui	|_|
28. Avez-vous vu un médecin spécialiste ?	non oui	|_|
29. Avez-vous des rendez-vous réguliers avec un médecin pour de l'asthme ?	non oui	|_|
30. Avez-vous été désensibilisé(e) pour une allergie, depuis l'étude précédente ?	non oui	|_|
Si oui à 30		
31. Avez-vous été désensibilisé(e) pour une allergie dans les <u>12 derniers mois</u> ?	non oui	|_|
32. Pensez-vous être allergique ?	non oui	|_|
33. Un bilan médical a-t-il déjà été fait pour savoir si vous étiez allergique (en dehors des examens faits dans l'enquête) ?	non oui	|_|
34. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous étiez allergique ?	non oui	|_|
Femmes : continuez Hommes : allez page 31, question 1		
35. A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?	|_|_| ans	66|_|_|
36. Avez-vous eu des enfants ?	non oui	|_|
Si oui à 36		
37. Combien ?	|_|_|	|_|_|
38. Combien depuis l'étude précédente ?	|_|	|_|
39. Quelle est la date du dernier accouchement ?	|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|	72|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
40. Etes-vous enceinte actuellement ?	non oui	80|_|
Si oui à 40, allez page 31, question 1 Si non à 40, continuez		

HISTOIRE FAMILIALE

Pour les cas, conjoints et témoins (nodos terminé par 200 ou 201), continuez
 Pour les parents (nodos terminé par 101 ou 102) passez à la page 32
 Pour tous les autres sujets, passez à la page 37

10|2|2|3|

Je vais maintenant vous poser des questions sur les maladies respiratoires ou allergiques survenues dans votre famille.

SITUATION DE FAMILLE

1. Actuellement, vivez-vous

seul(e) maritalement (marié(e), PACS ou en concubinage)

13|_ |

Si la réponse à 1 est « vit seul(e) »

2. Etes-vous séparé(e) ou divorcé(e) ?

non oui |_ |

Si oui à 2

3. Depuis quelle année ?

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

4. Etes-vous veuf(ve) ?

non oui |_ |

Si oui à 4

5. Depuis quelle année ?

|_|_|_|_| 20|_|_|_|_|

Si la réponse à 1 est « maritalement »

6. Nom et prénom du conjoint actuel :

7. Avez-vous des enfants ?

non oui |_ |

Si oui à 7

8. Combien ?

|_|_| | |_|_|

9. Avez-vous eu des enfants de plusieurs unions ?

non oui |_ |

Si oui à 9

10. Combien d'enfants avez-vous eu du conjoint avec qui vous étiez lors de l'enquête précédente en

|_|_| | |_|_|

11. Donnez leurs prénoms :

12. Avez-vous des jumeaux ?

non oui 30|_ |

Si oui à 12

13. Donnez leurs prénoms :

14. Sont-ils de vrais jumeaux ?

non oui je ne sais pas

|_ |

15. Avez-vous adopté des enfants ?

non oui |_ |

Si oui à 15

16. Combien ?

|_|_| | |_|_|

17. Donnez leurs prénoms :

18. Votre conjoint actuel a-t-il eu des enfants d'une autre union ?

non oui |_ |

Si oui à 18

19. Combien ?

|_|_| | |_|_|

20. Vivent-ils avec vous ?

non oui |_ |

21. Donnez leurs prénoms :

22. Avez-vous des frères ou sœurs ?

non oui |_ |

Si oui à 22

23. Combien ?

|_|_| 40|_|_|

24. Avez-vous des demi-frères ou demi-sœurs ?

non oui |_ |

Si oui à 24

25. Combien de demi-frères ou demi-sœurs avez-vous ?

|_|_| | |_|_|

26. Donnez leurs prénoms :

27. Y a-t-il des jumeaux parmi vos frères et sœurs et vous-même ?

non oui |_ |

Si oui à 27

28. Combien ?

|_|_| | |_|_|

29. Donnez leurs prénoms :

30. Sont-ils (êtes-vous) de vrais jumeaux ?

non oui je ne sais pas

48|_ |

49|_|_|_|_|

HISTOIRE FAMILIALE

	200, 201, 101, 102		200			
	Père	Mère	Frère/soeur	Frère/soeur	Frère/soeur	Frère/soeur
1. Nom (Nom de jeune fille)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. Prénom	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. Année de naissance*	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|
4. Sexe			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
5. Est-il(elle) en vie ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si décédé(e)						
6. Age du décès	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
7. Cause du décès	.....	.....	.....	.....	.....	.....
8. A-t-il(elle) été soigné(e) par un médecin pour bronchite chronique ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 8 9. Age de début de la maladie	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
10. Emphysème ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 10 11. Age de début de la maladie	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
12. Asthme ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 12 13. Age de début de la maladie	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
14. Cancer du poumon ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 14 15. Age de début de la maladie	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
16. Rhinite allergique (rhume des foins) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
17. Allergie ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 17 18. Précisez la maladie	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Si décédé(e) 19. Etait-il (elle) fumeur(se) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si en vie 20. Actuellement, fume-t-il(elle) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 20						
21. Sa consommation est elle ?	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)
Si non à 20						
22. A-t-il (elle) fumé dans le passé ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

* si liste, aller p36 et revenir à la Q 5

HISTOIRE FAMILIALE Parents, germains

	10 | 2 | 2 | 4 | 1 | 1 | 1			10 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 | 1		
	Père	Mère	Frère/sœur	Frère/sœur	Frère/sœur	Frère/sœur
Numéro de l'individu dans la famille	14 | _ | _ | _ | _	48 | _ | _ | _ | _	82 | _ | _ | _ | _	14 | _ | _ | _ | _	48 | _ | _ | _ | _	82 | _ | _ | _ | _
Q3	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _
Q4	| . |	| . |	| _ |	| _ |	| _ |	| _ |
Q5	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q6	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _
Q7	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _	_ | _ | _ | _ | _
Q8	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q9	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _
Q10	32 | _ |	66 | _ |	100 | _ |	32 | _ |	66 | _ |	100 | _ |
Q11	_ | _ |	_ | _ |	_ | _ |	_ | _ |	_ | _ |	_ | _ |
Q12	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q13	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _
Q14	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q15	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _	_ | _ | _
Q16	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q17	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q18	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q19	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q20	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q21	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _	_ | _
Q22	47 | _ |	81 | _ |	_ | _ |	47 | _ |	81 | _ |	_ | _ |
			116 | _ | _ | _ | _			116 | _ | _ | _ | _

HISTOIRE FAMILIALE

200

	Conjoint actuel	Conjoint EGEA1 (si différent du conjoint actuel)	Enfant Nom, prénom père Nom*, prénom mère	Enfant Nom, prénom père Nom*, prénom mère	Enfant Nom, prénom père Nom*, prénom mère	Enfant Nom, prénom père Nom*, prénom mère
1. Nom (Nom de jeune fille)	.....	.....	.....	.....	.....	.....
2. Prénom	.....	.....	.....	.....	.....	.....
3. Année de naissance	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|	|_|_|_|
4. Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
5. Est-il(elle) en vie ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si décédé(e) 6. Age du décès	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
7. Cause du décès	.....	.....	.....	.....	.....	.....
8. A-t-il(elle) été soigné(e) par un médecin pour bronchite chronique ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 8 9. Age de début de la maladie	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
10. Emphysème ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 10 11. Age de début de la maladie	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
12. Asthme ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 12 13. Age de début de la maladie	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
14. Cancer du poumon ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 14 15. Age de début de la maladie	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans	|_|_| ans
16. Rhinite allergique (rhume des foins) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
17. Allergie ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 17 18. Précisez la maladie	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Si décédé(e) 19. Etait-il (elle) fumeur(se) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si en vie 20. Actuellement, fume-t-il(elle) ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Si oui à 20						
21. Sa consommation est-elle?	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)	<input type="checkbox"/> légère (<10/j) <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> élevée (>20/j)
Si non à 20						
22. A-t-il (elle) fumé dans le passé ?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

* Nom de jeune fille

HISTOIRE FAMILIALE Conjoint, enfants

	10| 2|2|5|1|1|			10| 2|2|5|1|2|		
	Conjoint actuel	Conjoint EGEA1	Enfant	Enfant	Enfant	Enfant
Numéro de l'individu dans la famille	14|_ _ _|	48|_ _ _|	82|_ _ _|	14|_ _ _|	48|_ _ _|	82|_ _ _|
Q3	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|
Q4	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q5	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q6	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|
Q7	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|	|_ _ _ _|
Q8	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q9	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|
Q10	32|_ |	66|_ |	100|_ |	32|_ |	66|_ |	100|_ |
Q11	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|
Q12	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q13	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|
Q14	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q15	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|	|_ _|
Q16	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q17	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q18	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q19	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q20	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q21	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |	|_ |
Q22	47|_ |	81|_ |	|_ |	47|_ |	81|_ |	|_ |
			116|_ _ _ _|			116|_ _ _ _|

Pour les sujets dont l'origine des parents n'était pas renseignée lors de la première enquête Egea (voir liste distribuée)

Sinon, passez à la page 37

Poser les questions suivantes

Votre père (Nom, prénom, année de naissance déjà indiqués page 32)

1. Lieu de naissance :

10|2|2|6|

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

2. De quel région ou pays est originaire sa famille ?

a) par son père :

|_|_|_|_|_|

b) par sa mère :

23|_|_|_|_|_|

Votre mère (Nom, prénom, année de naissance déjà indiqués page 32)

3. Lieu de naissance :

|_|_|_|_|_|

4. De quel région ou pays est originaire sa famille ?

a) par son père :

33|_|_|_|_|_|

b) par sa mère :

|_|_|_|_|_|

QUESTIONNAIRE JAUNE – BILAN

5. L'auto-questionnaire et le questionnaire de base sont-ils complets ? non oui 43 | _ |

En particulier, les données ont été vérifiées pour :

a) la date de naissance (page 1) non oui 44 | _ |

b) le lieu de naissance (commune) (Autoquestionnaire) non oui | _ |

c) le sexe (page 1) non oui | _ |

d) la réponse aux questions Q21 et Q22 (page 2) non oui | _ |

e) l'âge de début de l'asthme chez les asthmatiques (Q1 page 3) non oui | _ |

6. Personne ayant fait le codage : 49 | _ | _ |

7. Pour les nouveaux sujets (nodos provisoire = 999999...), indiquer le nodos définitif ci-dessous :

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

51 | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

7a. Nom de la personne qui a donné le nodos définitif :

- Joane Ferran
- Nicole Le Moual
- Autre, précisez le nom :

7b. Numéro de nodos attribué le : | _ | _ | _ | _ | _ | 2 | 0 | 0 | _ |

60 | _ | _ | _ | _ | _ | _ |