

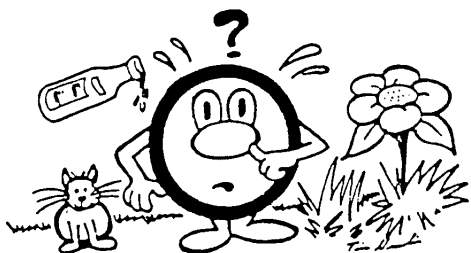
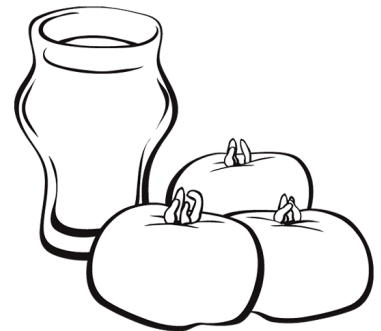


Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date :



	Jamais ou < 1 fois par mois	1-3 fois par mois	1 fois par sem	2-4 fois par sem	5-6 fois par sem	1 fois par jour	2-3 fois par jour	4 ou + fois par jour	
Fruits									
26. Une banane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38 <input type="checkbox"/>
27. Une orange, un pamplemousse ou des clémentines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Une pomme ou une poire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Un kiwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Des fruits cuits (compote, conserve, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruits saisonniers (indiquer la fréquence de consommation durant la saison)									
31. Une tranche de melon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Une pêche, un brugnion ou des abricots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Des prunes ou des cerises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Des fraises ou des framboises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Une grappe de raisin (blanc ou noir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Une tranche d'ananas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes (1/2 assiette)									
Légumes crus									
37. Salade verte, endives ou cresson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Epinards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 <input type="checkbox"/>
39. Carottes râpées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Autres crudités (concombre, céleri, poivrons, ..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Chou (rouge, blanc ou chou-fleur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Une tomate crue ou en salade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Avocat (demi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Légumes cuits									
44. Soupe de légumes (1 assiette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Carottes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Choux et poireaux (rouge, blanc, de Bruxelles, chou-fleur, brocolis, asperges, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Courge, courgettes, aubergines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Tomates ou sauce tomate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 <input type="checkbox"/>
49. Une portion de ratatouille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Petits pois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Haricots verts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Endives, épinards, cresson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Pommes de terre (bouillies, pommes noisettes, au gratin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Oignon (cru ou cuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Ail (cru ou cuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Autres légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70 <input type="checkbox"/>

	Jamais ou < 1 fois par mois	1-3 fois par mois	1 fois par sem	2-4 fois par sem	5-6 fois par sem	1 fois par jour	2-3 fois par jour	4 ou + fois par jour	
Légumes secs									
59. Lentilles, pois chiches, haricots blancs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71 <input type="checkbox"/>
60. Mais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oeufs, viandes et charcuterie									
61. Un oeuf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Un morceau de viande (bœuf, agneau, veau, porc, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Un morceau de volaille ou de lapin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Une tranche de foie ou abats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Une tranche de pâté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Une tranche de jambon (cru ou cuit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Une saucisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Deux rondelles de saucisson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80 <input type="checkbox"/>
Poissons									
69. Une portion de poisson blanc (cabillaud, merlan, sole, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Une portion de poisson gras (saumon, morue, hareng, maquereau, truite, thon, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Une portion de poisson pané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Une tranche de poisson fumé (saumon, hareng, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Une portion de thon ou sardine en boîte (à l'eau ou à l'huile)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Des coquillages ou des crustacés (1/2 assiette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plats préparés ou faits maison									
75. Soupe de poisson (1 assiette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Un hamburger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Une portion de raviolis ou lasagnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Une part de pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90 <input type="checkbox"/>
79. Une part de tarte salée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Une portion de paella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Une portion de cassoulet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Une portion de couscous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Une portion de choucroute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Une portion de pot-au-feu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corps gras, assaisonnement (1 cuillerée)									
85. Beurre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Beurre allégé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Margarine allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 <input type="checkbox"/>
89. Crème fraîche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Jamais ou < 1 fois par mois	1-3 fois par mois	1 fois par sem	2-4 fois par sem	5-6 fois par sem	1 fois par jour	2-3 fois par jour	4 ou + fois par jour	
90. Crème allégée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102 _ _
91. Mayonnaise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
92. Ketchup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
93. Huile d'olive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
94. Autres huiles (colza, tournesol, maïs, arachide, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
95. Sauce salade préparée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _

10|2|1|6|

Boissons

96. Un verre de jus d'orange, pamplemousse, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 _ _
97. Un verre de jus de raisin, pomme, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
98. Un verre de coca, soda ou limonade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 _ _
99. Un verre d'eau minérale ou du robinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
100. Un verre de bière (ou cannette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
101. Un verre de cidre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
102. Un ballon de vin rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
103. Un ballon de vin blanc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
104. Un verre d'apéritif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
105. Un verre d'alcool fort (whisky, gin, vodka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
106. Une tasse de café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
107. Une tasse de thé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
108. Une tasse de chocolat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 _ _

Gâteaux apéritifs, desserts et friandises

109. Biscuits secs salés ou sucrés (quatre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
110. Une poignée de chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
111. Une part de gâteau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
112. Une part de tarte aux fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
113. Une barre de chocolat (1 barre d'une plaque de chocolat, Mars, Nuts, Lion, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
114. Une cuillerée de miel ou de confiture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
115. Une poignée de cacahuètes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
116. Une poignée de noix, amandes, fruits secs, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
117. Une glace	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
118. Un sorbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35 _ _
119. Combien de cuillerées ou morceaux de sucre ajoutez-vous à vos aliments ou boissons dans la journée ?								36 _ _
120. Ajoutez-vous du sel à vos aliments ?							<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	38 _ _
121. Mangez-vous la peau du poulet ?							<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	_ _
122. Mangez-vous la graisse de la viande ?							<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	_ _

123. Prenez-vous des suppléments vitaminiques en comprimés ?

non oui 41|_|

Si oui à 123

	Prise régulière (tous les jours ou presque)	Prise occasionnelle par cure(s) de ≤ 1 mois	Prise occasionnelle par cure(s) de 2 à 3 mois	Nom du supplément (à préciser)	
Vitamines					
124. Poly vitamines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
125. Vitamine A ou carotène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44 _ _
126. Vitamine B (B1,B2,B5,B12, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
127. Vitamine C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
128. Vitamine E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
129. Oméga-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
130. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54 _ _
Minéraux					
131. Magnésium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
132. Calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
133. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
Oligo-éléments					
134. Cuivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
135. Fer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64 _ _
136. Sélénium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
137. Zinc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
138. Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _

139. Depuis l'enquête précédente, avez-vous modifié votre alimentation ?

non oui |_|

Si oui à 139

140. Etait-ce pour raisons médicales ?

non oui 73|_|

141. Votre consommation de

	a diminué	est inchangée	a augmenté	
a. Fruits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
b. Légumes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
c. Poissons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_
d. Graisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_

142. Etes-vous allergique à certains aliments ?

non oui |_|

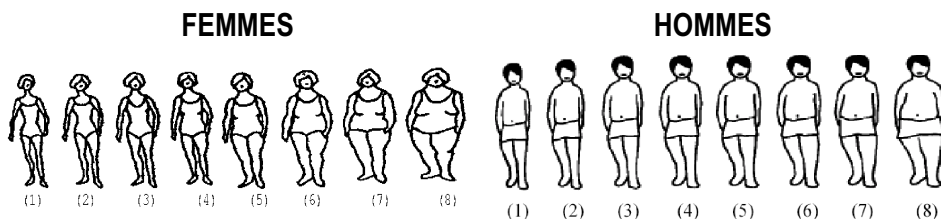
Si oui à 142

143. Lesquels :

79|_|
80|_|_|_|

SILHOUETTE ET ACTIVITE PHYSIQUE

A l'aide des dessins ci-dessous, indiquez votre morphologie pour les périodes vous concernant.
 (Si vous hésitez entre 2 dessins, noircissez les deux cases correspondantes)



10 | 2 | 1 | 1 | 7 |

1. Autour de 8 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A la puberté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Autour de 20-25 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Autour de 35-40 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Autour de 45-50 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Autour de 55-60 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 60 ans et plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVITE PHYSIQUE (dans les 12 derniers mois)

8. Quelle distance en moyenne parcourez-vous à pied chaque jour ?

<input type="checkbox"/> 0 à 500 m	<input type="checkbox"/> 500 à 2000 m	<input type="checkbox"/> 2000 m et +		<input type="checkbox"/>
------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------

9. Combien d'étages en moyenne montez-vous à pied chaque jour ?

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 à 4	<input type="checkbox"/> 5 et +		<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	--	--------------------------

10. Quel est votre style de marche ?

<input type="checkbox"/> Lent (1-3 Km/h)	<input type="checkbox"/> Moyen (4-5 Km/h)	<input type="checkbox"/> Rapide (>5 Km/h)		<input type="checkbox"/>
--	---	---	--	--------------------------

11. Combien d'heures par semaine (jours de semaine et week-ends) consacrez-vous aux activités suivantes ?

	0 ou < 1h/sem	1 à 2 h/sem	3 à 4 h/sem	5 h/sem ou +	
11a. Activités intenses (course, aérobic, natation, bicyclette, tennis, foot, bêcher le jardin, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
11b. Activités modérées (ménage, marche, golf, danse, jardinage léger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11c. Activités légères (lire, regarder la télévision, travail de bureau, conduire, manger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Avez-vous pratiqué l'une de ces activités assez vigoureusement pour provoquer l'accélération de votre pouls ou de la transpiration ?

non oui

|

Si oui à 12

13. Combien de temps ?

<input type="checkbox"/> Environ 1/2 h	<input type="checkbox"/> Environ 1 h	<input type="checkbox"/> De 2 à 3 h	<input type="checkbox"/> De 4 à 6 h	<input type="checkbox"/> 7 h ou plus	
--	--------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--

|

14. Indiquez ce qui décrit le mieux votre activité pendant les heures de travail :

<input type="checkbox"/> Vous êtes assis(e) la majeure partie de la journée	<input type="checkbox"/> Vous êtes debout, mais votre activité ne requiert pas d'effort physique particulier	<input type="checkbox"/> Votre activité requiert des efforts physiques (transport d'objets lourds, utilisation d'outils, ...)		<input type="checkbox"/>
---	--	---	--	--------------------------

15. Depuis l'enquête précédente....., votre activité physique a-t-elle changé ?

non oui

|

Si oui à 15

16. Est-elle actuellement

<input type="checkbox"/> plus importante	<input type="checkbox"/> moins importante	
--	---	--

|

17. Pourquoi :

|

39 | | | | |

A LA MAISON

10 | 21181

1. Actuellement, avez-vous un chauffe-eau ou une source de chauffage à l'intérieur de non oui
l'appartement comme une chaudière de chauffage central, une cuisinière, un poêle, un
chauffage d'appoint ? 13 | _ |
- Si oui à 1**
2. A quoi fonctionne-t-il(elle) ? _ | _ |
- électricité gaz mazout charbon autre, précisez:
3. Actuellement, quel est le combustible utilisé pour la cuisine ? _ | _ |
- électricité gaz cuisinière mixte gaz-électricité charbon autre, précisez:
4. Actuellement, la pièce de la maison que vous utilisez le plus pendant la journée a-t-elle
- a) une moquette couvrant tout le plancher ? non oui _ | _ |
- b) des doubles vitrages ? non oui _ | _ |
- c) des doubles rideaux ? non oui _ | _ |
5. Votre chambre à coucher a-t-elle
- a) une moquette couvrant tout le plancher ? non oui _ | _ |
- b) des doubles vitrages ? non oui 22 | _ |
- c) des doubles rideaux ? non oui _ | _ |
6. Quel est l'âge de votre matelas ? _ | _ |
- moins d'un an de 1 à 5 ans plus de 5 ans
7. Y a-t-il déjà eu des dégâts des eaux dans votre immeuble, par exemple à la suite de non oui _ | _ |
canalisations cassées, fuites ou inondations ?
- Si oui à 7**
8. Y a-t-il eu un dégât des eaux dans les 12 derniers mois ? non oui _ | _ |
9. Habitez-vous en maison ou pavillon ? non oui _ | _ |
- Si oui à 9**
10. Avez-vous un sous-sol ou une cave ? non oui _ | _ |
- Si oui à 10**
11. Y a-t-il parfois de l'eau qui reste sur le plancher du sous-sol ? non oui _ | _ |
- Si oui à 11**
12. Est-ce que cela s'est produit dans les 12 derniers mois ? non oui 30 | _ |
13. Y a-t-il déjà eu des moisissures sur une surface quelconque à l'intérieur de la maison non oui _ | _ |
(nourriture exclue) ?
- Si oui à 13**
14. Dans quelle(s) pièce(s) :
- salle cuisine sous-sol chambre salle autres, précisez.....
de bain ou grenier à coucher de séjour _ | _ |
15. Est-ce que cela s'est produit dans les 12 derniers mois ? non oui _ | _ |
16. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les tâches suivantes Nombre de jours par semaine
(dans les 12 derniers mois) ?
- | | Jamais | <1 j | 1-3 j | 4-7 j | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| a) Nettoyer la maison | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ _ |
| b) Faire la lessive à la main | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ _ |
| c) Faire la lessive à la machine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ _ |
| d) Cuisiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _ _ |
| e) Bricoler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38 _ |

17. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les opérations de nettoyage suivantes (dans les 12 derniers mois) ?	Nombre de jours par semaine				
	Jamais	<1 j	1-3 j	4-7 j	
a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur, battre les tapis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39 _ _
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 le parquet/les meubles, shampooiner tapis/moquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42 _ _
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"/>	_ _
18. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage suivants (dans les 12 derniers mois) ?					
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 (sol, meubles)	<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) Produits de nettoyage parfumés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52 _ _
i) Autres produits de nettoyage, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
19. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les sprays suivants (dans les 12 derniers mois) ?					
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 (pour rafraichir l'air)	<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"/>	_ _
20. Combien de jours par semaine avez-vous eu les activités de bricolage ou de loisirs suivantes (dans les 12 derniers mois) ?					
a) Modélisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62 _ _
b) Bricolage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
c) Peinture, teinture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
d) Laboratoire photographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
e) Jardinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
f) Utilisation de colles, vernis, solvants de peintures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
g) Utilisation d'insecticides, d'herbicides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _
21. Depuis l'étude précédente, avez-vous pris l'une des mesures suivantes pour réduire les allergènes, ou l'exposition à des allergènes, à votre domicile :					
a) remplacer la moquette par du parquet ou une autre surface lisse sur le sol de la pièce que vous utilisez le plus ?				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ _
b) remplacer la moquette par du parquet ou une autre surface lisse sur le sol de votre chambre ?				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	_ _
c) utiliser des sprays acaricides ?				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	71 _ _



Cochez (☒) les situations provoquant habituellement les symptômes suivants

En cas de changement, répondre pour les 12 derniers mois.
Si les situations décrites ne provoquent habituellement aucun des symptômes décrits, cocher la case aucun symptôme.

10 | 2 | 1 | 1 | 9 |

	Habituellement aucun symptôme ↓	Quinte de toux	Eternuements	Nez qui coule comme de l'eau	Sifflements	Crise d'essoufflement	Yeux qui piquent ou qui pleurent	
1. Pièce enfumée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 _ _ _ _ _ _ _
2. Contact air froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 _ _ _ _ _ _ _
3. Effort physique important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 _ _ _ _ _ _ _
4. Foin, fleurs coupées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31 _ _ _ _ _ _ _
5. Animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37 _ _ _ _ _ _ _
6. Poussières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43 _ _ _ _ _ _ _
7. Exposition professionnelle, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49 _ _ _ _ _ _ _
8. Pollution atmosphérique, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55 _ _ _ _ _ _ _
9. Temps, précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61 _ _ _ _ _ _ _
10. Emotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67 _ _ _ _ _ _ _
11. Vin, alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73 _ _ _ _ _ _ _
12. Aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79 _ _ _ _ _ _ _
13. Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85 _ _ _ _ _ _ _



Merci d'avoir répondu à ce questionnaire



Coller étiquette

QUESTIONNAIRE D'ÉTAT DE SANTÉ SF-36

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ASTHMATIQUES

Questionnaire à distribuer à la fin de l'examen.

Merci de le remplir sur place ou de le renvoyer à l'aide d'une enveloppe timbrée

Nom (*Ecrire en majuscules*) :

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

Prénoms :

Date :

QUESTIONNAIRE D'ETAT DE SANTE SF-36

COMMENT REpondRE: Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est:

(entourez la réponse de votre choix)

- Excellente 1
- Très bonne..... 2
- Bonne..... 3
- Médiocre 4
- Mauvaise..... 5

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?

(entourez la réponse de votre choix)

- Bien meilleur que l'an dernier..... 1
- Plutôt meilleur..... 2
- À peu près pareil..... 3
- Plutôt moins bon 4
- Beaucoup moins bon 5

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

Liste d'activités	OUI, beaucoup limité(e)	OUI, un peu limité(e)	NON, pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	1	2	3
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	1	2	3
c. Soulever et porter les courses	1	2	3
d. Monter plusieurs étages par l'escalier	1	2	3
e. Monter un étage par l'escalier	1	2	3
f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	1	2	3
g. Marcher plus d'un km à pied	1	2	3
h. Marcher plusieurs centaines de mètres	1	2	3
i. Marcher une centaine de mètres	1	2	3
j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	1	2	3

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	OUI	NON
a. avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. avez-vous dû arrêter de faire certaines choses	1	2
d. avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	1	2

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))?

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	OUI	NON
a. avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	1	2
b. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	1	2
c. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude	1	2

6. Au cours de ces 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

(entourez la réponse de votre choix)

- Pas du tout 1
- Un petit peu 2
- Moyennement 3
- Beaucoup 4
- Énormément..... 5

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?

(entourez la réponse de votre choix)

- Nulle..... 1
- Très faible 2
- Faible..... 3
- Moyenne..... 4
- Grande..... 5
- Très grande..... 6

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques?

(entourez la réponse de votre choix)

- Pas du tout 1
 Un petit peu 2
 Moyennement 3
 Beaucoup 4
 Énormément..... 5

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quel-quefois	Rarement	Jamais
a. vous vous êtes senti(e) dynamique?	1	2	3	4	5	6
b. vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?	1	2	3	4	5	6
c. vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral?	1	2	3	4	5	6
d. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e)?	1	2	3	4	5	6
e. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?	1	2	3	4	5	6
f. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	1	2	3	4	5	6
g. vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?	1	2	3	4	5	6
h. vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	1	2	3	4	5	6
i. vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

(entourez la réponse de votre choix)

- En permanence..... 1
 Une bonne partie du temps.....2
 De temps en temps3
 Rarement4
 Jamais.....5

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas:

(entourez la réponse de votre choix, une par ligne)

	Totale- ment vraie	Plutôt vraie	Je ne sais pas	Plutôt fausse	Totale- ment fausse
a. je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
b. je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
c. je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
d. je suis en excellente santé	1	2	3	4	5

VEUILLEZ VÉRIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN FOURNI UNE RÉPONSE POUR CHACUNE DES QUESTIONS. MERCI DE VOTRE COLLABORATION.

SOMMEIL

1. Avez vous des problèmes de sommeil ? non oui

Si oui à 1

Avez-vous :

1.a. des difficultés à vous endormir ? non oui

1.b. des réveils nocturnes fréquents ? non oui

1.c. un réveil trop précoce ? non oui

1.d. un sommeil de mauvaise qualité ? non oui

1.e. une sensation de manque de sommeil ? non oui

2. Quelle est en moyenne votre durée de sommeil (par nuit) pendant la semaine ? |_|_|_| h / nuit

3. Et pendant le week-end ? |_|_|_| h / nuit

4. Après un sommeil normal de nuit, vous sentez-vous :

rafraîchi(e) bien reposé(e) un peu fatigué(e) très fatigué(e)

5. Cela vous arrive-t-il de ronfler ? non oui

Si oui à 5

5.a. rarement souvent presque tous les jours

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ASTHMATIQUES

Veillez répondre à toutes les questions en encerclant le chiffre qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 2 dernières semaines à cause de votre asthme

À QUEL POINT VOUS ETES-VOUS SENTI(E) LIMITÉ(E) PAR VOTRE ASTHME POUR FAIRE LES ACTIVITÉS SUIVANTES AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?

	Complètement limité(e)	Extrêmement limité(e)	Très limité(e)	Moyennement limité(e)	Un peu limité(e)	Très peu limité(e)	Pas limité(e) du tout
1. Activités demandant un EFFORT PHYSIQUE IMPORTANT (par exemple vous dépêcher, faire de l'exercice, monter un escalier en courant, faire du sport)	1	2	3	4	5	6	7
2. Activités demandant un EFFORT PHYSIQUE MODÉRÉ (par exemple faire une marche, faire le ménage, jardiner, faire les courses, monter un escalier)	1	2	3	4	5	6	7
3. ACTIVITÉS AVEC LES AUTRES (par exemple parler, jouer avec des animaux/les enfants, rendre visite à des amis/des parents)	1	2	3	4	5	6	7
4. ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES (tâches que vous devez faire au travail*)	1	2	3	4	5	6	7
<i>* Si vous n'avez pas d'emploi rémunéré, pensez aux tâches que vous devez faire presque tous les jours.</i>							
5. DORMIR	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ASTHMATIQUES

À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ GÊNÉ(E) [PHYSIQUEMENT OU PSYCHOLOGIQUEMENT] AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?

	Extrêmement gêné(e)	Très gêné(e)	Assez gêné(e)	Moyennement gêné(e)	Un peu gêné(e)	Presque pas gêné(e)	Pas gêné(e)
6. Au cours de ces 2 dernières semaines, avez-vous été gêné(e) [physiquement ou psychologiquement], par une sensation d'OPPRESSION DANS LA POITRINE ?	1	2	3	4	5	6	7

EN GÉNÉRAL, AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/presque jamais	Jamais
7. avez-vous été INQUIET(ÈTE) PARCE QUE VOUS AVEZ DE L'ASTHME ?	1	2	3	4	5	6	7
8. avez-vous été ESSOUFFLÉ(E) à cause de votre asthme ?	1	2	3	4	5	6	7
9. avez-vous eu des problèmes d'asthme À CAUSE D'UNE EXPOSITION À LA FUMÉE DE CIGARETTES ?	1	2	3	4	5	6	7
10. avez-vous noté des SIFFLEMENTS dans votre poitrine quand vous respiriez ?	1	2	3	4	5	6	7
11. avez-vous dû ÉVITER UNE SITUATION OU UN LIEU À CAUSE DE LA FUMÉE DE CIGARETTES ?	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ASTHMATIQUES

À QUEL POINT AVEZ-VOUS ÉTÉ GÊNÉ(E) [PHYSIQUEMENT OU PSYCHOLOGIQUEMENT] AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?

	Extrêmement gêné(e)	Très gêné(e)	Assez gêné(e)	Moyennement gêné(e)	Un peu gêné(e)	Presque pas gêné(e)	Pas gêné(e)
12. Au cours de ces 2 dernières semaines, avez-vous été gêné(e) [physiquement ou psychologiquement] par la TOUX ?	1	2	3	4	5	6	7

EN GÉNÉRAL, AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement / presque jamais	Jamais
13. avez-vous eu un SENTIMENT DE FRUSTRATION parce que vous ne pouviez pas faire ce que vous vouliez à cause de votre asthme ?	1	2	3	4	5	6	7
14. avez-vous ressenti une sensation de PESANTEUR DANS LA POITRINE ?	1	2	3	4	5	6	7
15. avez-vous été INQUIET(ÈTE) PARCE QUE VOUS DEVEZ PRENDRE DES MÉDICAMENTS pour l'asthme ?	1	2	3	4	5	6	7
16. avez-vous ressenti le besoin de vous RACLER LA GORGE ?	1	2	3	4	5	6	7
17. avez-vous eu des problèmes d'asthme À CAUSE D'UNE EXPOSITION À LA POUSSIÈRE ?	1	2	3	4	5	6	7
18. avez-vous eu du MAL À EXPIRER OU INSPIRER (SOUFFLER OU PRENDRE L'AIR) à cause de votre asthme ?	1	2	3	4	5	6	7
19. avez-vous dû ÉVITER UNE SITUATION OU UN LIEU À CAUSE DE LA POUSSIÈRE ?	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ASTHMATIQUES

EN GÉNÉRAL, AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/pres- que jamais	Jamais
20. vous êtes-vous RÉVEILLÉ(E) LE MATIN AVEC DES PROBLÈMES D'ASTHME ?	1	2	3	4	5	6	7
21. avez-vous eu PEUR DE NE PAS AVOIR VOS MÉDICAMENTS POUR L'ASTHME SOUS LA MAIN ?	1	2	3	4	5	6	7
22. avez-vous été gêné(e) parce que vous aviez DU MAL À RESPIRER ?	1	2	3	4	5	6	7
23. avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause du TEMPS OU DE LA POLLUTION ?	1	2	3	4	5	6	7
24. vous êtes-vous RÉVEILLÉ(E) LA NUIT À CAUSE DE VOTRE ASTHME ?	1	2	3	4	5	6	7
25. AVEZ-VOUS DÛ ÉVITER D'ALLER DEHORS OU LIMITER VOS SORTIES À CAUSE DU TEMPS OU DE LA POLLUTION ?	1	2	3	4	5	6	7
26. avez-vous eu des problèmes d'asthme À CAUSE D'UNE EXPOSTION À DES ODEURS OU À DES PARFUMS FORTS ?	1	2	3	4	5	6	7
27. avez-vous eu PEUR D'ETRE À BOUT DE SOUFFLE ?	1	2	3	4	5	6	7
28. avez-vous dû ÉVITER UNE SITUATION OU UN LIEU À CAUSE D'ODEURS OU DE PARFUMS FORTS ?	1	2	3	4	5	6	7
29. votre asthme vous a-t-il EMPECHÉ(E) DE PASSER UNE BONNE NUIT ?	1	2	3	4	5	6	7
30. avez-vous eu l'impression DE DEVOIR FAIRE DE GROS EFFORTS POUR RESPIRER ?	1	2	3	4	5	6	7

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES ASTHMATIQUES

À QUEL POINT VOUS ETES-VOUS SENTI(E) LIMITÉ(E) AU COURS DE CES 2 DERNIÈRES SEMAINES ?

	Extrêmement limité(e) (j'ai dû renoncer à la plupart de ces activités)	Très limité(e)	Moyennement limité(e) (j'ai dû renoncer à plusieurs de ces activités)	Un peu limité(e)	Très peu limité(e) (j'ai dû renoncer à très peu de ces activités)	Pratique- ment pas limité(e)	Pas limité(e) du tout (J'ai fait toutes les activités que je voulais faire)
31. Pensez à L'ENSEMBLE DES ACTIVITÉS que vous auriez aimé faire au cours de ces 2 dernières semaines. DANS QUELLE MESURE LE NOMBRE DE CES ACTIVITÉS A-T-IL ÉTÉ LIMITÉ à cause de votre asthme ?	1	2	3	4	5	6	7

	Complètement limité(e)	Extrêmement limité(e)	Très limité(e)	Moyennement limité(e)	Un peu limité(e)	Très peu limité(e)	Pas limité(e) du tout
32. De façon générale, en pensant à TOUTES LES ACTIVITÉS que vous avez faites au cours de ces 2 dernières semaines, à quel point vous êtes-vous senti(e) limité(e) par votre asthme ?	1	2	3	4	5	6	7

