

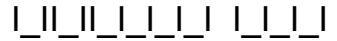
Inserm



Institut national
de la santé et de la recherche médicale

Etude épidémiologique des facteurs Génétiques et Environnementaux de l'Asthme, l'hyperréactivité bronchique et l'atopie

Epidemiological study on the Genetics and Environment of Asthma, bronchial hyperresponsiveness and atopy



Nom:

Nom de jeune fille:

Prénoms :

Adresse :

.....



Vous souhaitez des informations complémentaires sur cette recherche scientifique ?

Vous rencontrez des difficultés pour remplir le questionnaire ?

Contactez la coordination nationale



par téléphone
Joane Ferran : 04 76 42 38 42



par mél :
JFerran@chu-grenoble.fr

CONFIDENTIALITE. Votre nom ne figure pas dans le fichier scientifique : toutes les analyses sont réalisées de façon anonyme. Un soin tout particulier a été apporté pour veiller au respect de la confidentialité des données personnelles, et aux aspects éthiques vis-à-vis des participants. Les informations sont protégées par la loi informatique et libertés (autorisations N°109427 d'avril 1990 et N° 900198 d'octobre 2000). Le programme scientifique a été approuvé pour les aspects éthiques par les commissions compétentes (autorisations des 17 janvier 1990 et 31 mars 2003)



<http://www.afaq.org/certification=262711141114>

ISO 9001



Pour remplir ce questionnaire, complétez les cases,
Exemple : |1|2| |0|5| |1|9|7|6| ou cochez la case
correspondant à votre réponse, Exemple : non oui
En cas de doute répondez non

Ne rien inscrire dans cette colonne

1|_|_|_|_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|10|2|0|3|
13|_|_|

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

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

Sexe : masculin féminin

|_|

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire: |_|_|_|_|_|_|_|2|0|_|_|

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

SYMPTOMES RESPIRATOIRES

(sifflements, essoufflement, toux, crachats, difficultés à respirer)

32|0|0|

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 ? 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 ? 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 :

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

20a. Etes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ? non oui | _ |

Si oui à 20a

20b. 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 20b

20c. Etes-vous essoufflé(e) au repos ? non oui | 59 | _ |

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 | _ |

64 | 4 |

65 | _ | _ |

EFFETS AIGUS / FACTEURS MODIFIANT LES CRISES

(Répondez pour la dernière période où vous avez eu des crises)

10 | 210151

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: | | |

11 | _ _ | _ _ | _ _

12 | _ _ | _ _ | _ _

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

15 | _ _ | _ _ | _ _

16 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _

31 | _ _ | _ _ | _ _ | _ _

17 | _ _ | _ _ | _ _

18 | _ _ | _ _ | _ _

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

19 | _ _

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

20 | _ _

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

21 | _ _

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

- non oui

22 | _ _

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

23 | _ _

Tous

TRAITEMENT

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

- non oui

24 | _ _

Si oui à 19

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

- non oui

51 | _ _

52 | _ _ | _ _ | _ _

55 | _ _ | à 68 | _ _

NEZ

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. Avez-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 ? semaines

_ | _ | _ | _ |

Si cet épisode était il y a longtemps, vous pouvez répondre en mois ou années

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 utilisé des sprays par voie nasale pour soigner des troubles du nez dans les 12 derniers mois ? non oui

cc222 col23

Si oui à 14

15a. Avez-vous utilisé l'un des sprays suivants (corticoïdes) ?

Beconase, Flixonase, Nasacort, Nasonex, Rhinocort, ..

non oui

cc222 col24

15b. Avez-vous utilisé l'un des sprays suivants (antihistaminiques) ?

Aerius, Clarytine, Mizollen, Polaramine, Primalan, Reactine, Zyrtec, Xyzall, ..

non oui

CC222 col35

ALLERGIES

16. Avez-vous déjà eu une conjonctivite allergique Une sinusite Un choc anaphylactique Un oedème de Quincke

42 | _ | _ | _ | _ | _ |

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

46 | _ |

PEAU

18. Etes-vous allergique aux piqûres d'insectes ? non oui 47 | _ | _ |
- Si oui à 18** 19. Pour quel(s) insecte(s) ? 1 | _ | _ |
20. 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 | _ | _ | _ | _ |
21. Avez-vous déjà eu des rougeurs ou des éruptions qui démangent, qui apparaissent et disparaissent, pendant au moins 6 mois ? non oui 53 | _ | _ |
- Si oui à 21**
22. A quel âge ces rougeurs sont-elles apparues pour la première fois ?
- moins de 2 ans 2-4 ans plus de 5 ans | _ | _ |
23. Avez-vous eu ces rougeurs qui démangent dans les 12 derniers mois ? non oui | _ | _ |
24. Est-ce que, à un moment quelconque, 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 ? non oui | _ | _ |
25. Durant les 12 derniers mois, ces rougeurs ou éruptions qui démangent, ont-elles complètement disparu à un moment quelconque ? non oui | _ | _ |
26. Durant les 12 derniers mois, combien de fois ces rougeurs ou éruptions qui démangent vous ont-elles empêché de dormir ?
- jamais dans les 12 derniers mois moins d'une nuit par semaine une ou plusieurs nuits par semaine | _ | _ |
27. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ? non oui | _ | _ |
- Si oui à 27** 28. Avez-vous de l'eczéma depuis votre enfance ? non oui 60 | _ | _ |
29. En avez-vous eu dans les 12 derniers mois ? non oui | _ | _ |
- Si oui à 29** 30. Quels ont été les facteurs qui ont provoqué votre eczéma dans les 12 derniers mois ? contact avec lessives parfum contact (ceinture, boucle d'oreille) nickel, cobalt autre, précisez: | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
31. Avez-vous déjà eu des plaques rouges qui grattent ou qui brûlent comme après une piqûre d'ortie ? non oui 72 | _ | _ |
- Si oui à 31** 32. Est-ce que ces plaques avaient tendance à se déplacer à différents endroits de votre corps ? non oui | _ | _ |
33. Avez-vous déjà eu de l'urticaire ? non oui | _ | _ |
- Si oui à 33** 34. En avez-vous eu dans les 12 derniers mois ? non oui | _ | _ |
- Si oui à 34** 35. Par quoi a-t-elle été provoquée dans les 12 derniers mois ? l'alimentation autres raisons, précisez | _ | _ | _ | _ | _ |
- ### AUTRES ANTECEDENTS
36. Dans votre vie, avez-vous été soigné (e) pour
- de la bronchite chronique un ulcère à l'estomac ou au duodénum une maladie de coeur du diabète un psoriasis une autre maladie grave, si oui, précisez: 84 | _ | _ | _ | _ | _ |
37. Votre mère a-t-elle été soignée par un médecin pour de l'asthme ? non. oui. Si oui, âge de début de sa maladie : je ne sais pas. 103 | _ | _ | _ | _ |
38. Votre père a-t-il été soigné par un médecin pour de l'asthme ? non. oui. Si oui, âge de début de sa maladie : je ne sais pas. 106 | _ | _ | _ | _ |

TABAC

10 | 2 | 0 | 1 | 7 |

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. Combien fumez-vous actuellement en moyenne

Nombre de cigarettes par jour :

__ | __ |

__ | _ |

Nombre de cigares par semaine :

__ | __ | __ |

__ | __ | __ |

Nombre de cigarillos par semaine :

__ | __ | __ |

__ | __ | __ |

Tabac à pipe, en grammes par semaine (1 paquet = 40g) :

__ | __ |

__ | _ |

Depuis combien de temps fumez-vous comme cela __ | __ | années ou __ | __ | __ | mois

__ | _ |

Si vous avez diminué votre consommation ou arrêté de fumer

4. En moyenne, avant d'arrêter ou de diminuer, combien fumiez-vous

Nombre de cigarettes par jour :

__ | __ |

28 | __ | _ |

Nombre de cigares par semaine :

__ | __ | __ |

__ | __ | __ |

Nombre de cigarillos par semaine :

__ | __ | __ |

__ | __ | __ |

Tabac à pipe, en grammes par semaine :

__ | __ |

36 | __ | _ |

Pendant combien de temps avez-vous fumé comme cela __ | __ | années ou __ | __ | __ | mois

__ | _ |

40 | _ | à 52 | _ |

Si vous avez arrêté

6a. Depuis combien de temps ?

__ | __ | ans

53 | __ | _ |

6b. 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

__ |

12. Travail(l)iez-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 | _ | _ | _ |

LOGEMENT – POLLUTION ATMOSPHERIQUE – CAMPAGNE - ANIMAUX

1. Depuis combien d'années habitez-vous dans votre **logement actuel** ? ans
2. A quelle fréquence y a-t-il des voitures qui passent devant votre maison ?
 Sans arrêt Souvent Rarement Jamais
3. A quelle fréquence y a-t-il des poids lourds (camions, bus) qui passent devant votre maison ?
 Sans arrêt Souvent Rarement Jamais
4. Quel terme définit le mieux votre **lieu d'habitation à votre naissance** ?
 une ferme un village dans une zone rurale une petite ville un centre ville une banlieue
5. 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* ?
 une ferme un village dans une zone rurale une petite ville un centre ville une banlieue
6. *Quand vous étiez enfant*, buviez-vous habituellement du **lait cru** ? non oui
7. *Dans votre petite enfance*, avez-vous eu des contacts à la campagne avec des **vaches** ? non oui
8. *Actuellement*, avez-vous un **chat** ? non oui 9. Avez-vous un **chien** ? non oui
10. *Dans votre enfance*, aviez-vous un animal domestique ? non oui
 Si oui à 10 10a. Était-ce ? 1 chat 1 chien 1 rongeur 1 oiseau autre, précisez.....
11. *Dans votre vie*, vous êtes-vous séparé(e) d'un chat ou d'un chien pour un problème d'allergie ? non oui

TRAVAIL – EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

12. **Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé** ? non oui
 Si oui à 12 13. En quelle année avez-vous commencé à travailler

METIER ACTUEL OU DERNIER METIER	
14. Quel est votre métier actuel (ou votre dernier métier) (par exemple conducteur de machines à bois, infirmière en réanimation) ?	15. Dans quel secteur d'activité êtes (étiez)-vous (par exemple chimie, industrie alimentaire, assurances) ?
16. Année début de l'exercice de ce métier <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou âge : <input type="text"/> <input type="text"/>	17. Année fin de l'exercice de ce métier (si métier en cours, noter 2006) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou âge : <input type="text"/> <input type="text"/>

18. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ? non oui
- Si oui à 18 19. Laquelle :
20. Était-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ? non oui

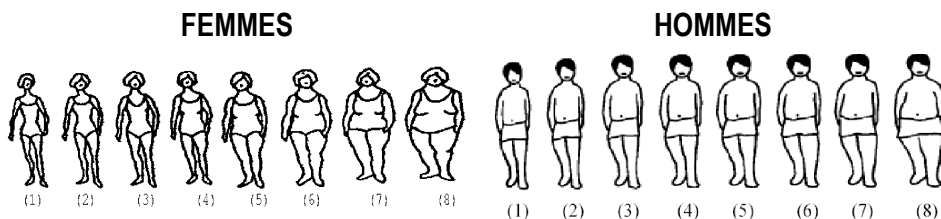
PROFESSION ANTERIEURE	
Métier :	Secteur d'activité :
Année début <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou âge <input type="text"/> <input type="text"/>	Année fin <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ou âge <input type="text"/> <input type="text"/>

23. **Dans votre vie**, avez-vous travaillé comme
 infirmier(ère) médecin autre personnel soignant personnel de laboratoire
 personnel de ménage ou de nettoyage En élevage agricole (porcherie, poulailler, étable..)
 Certains métiers de l'alimentaire (abattoir, alimentation industrielle, boucherie) Dans une animalerie

10|2|0|8| 13|_| à 102|_|
103|_|_|
105|_|_| à 113|_|_|
114|_|_|
115|_|_| 116|_|_| à 142|_|_|
10|2|0|9|
13|_|_|
14|_|_| 15|_|_| à 32|_|_|
33|_|_|
34|_|_|
35|_|_| 36|_|_| 38|_|_|
||_|_|_|_|_|_|
||_|_|_|_|_|_|
49|_|_| à 83|_|_| |_|_|_|_|
10|2|1|0|1| 14|_|_| à 54|_|_|
55|_|_| 56|2|
57|_|_|_|_|
10|2|1|1|1|1|1|
14|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
22|_|_|
23|_|_|
24|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
32|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
10|2|1|2| 13|_|_| à 48|_|_|
49|_|_|
50|_|_|_|_|
||_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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)



	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	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 _ _ _
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"/>	_ _ _
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"/>	_ _ _
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"/>	_ _ _
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 _ _ _
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"/>	_ _ _
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"/>	_ _ _

ACTIVITE PHYSIQUE (dans les 12 derniers mois)

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

0 à 500 m 500 à 2000 m 2000 m et +

_ | _ |

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

0 1 à 4 5 et +

_ | _ |

10. Quel est votre style de marche ?

Lent (1-3 Km/h) Moyen (4-5 Km/h) Rapide (>5 Km/h)

_ | _ |

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 ?

Environ 1/2 h Environ 1 h De 2 à 3 h De 4 à 6 h 7 h ou plus

_ | _ |

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

Vous êtes assis(e) la majeure partie de la journée Vous êtes debout, mais votre activité ne requiert pas d'effort physique particulier Votre activité requiert des efforts physiques (transport d'objets lourds, utilisation d'outils, ...)

_ | _ |

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

non oui _ | _ |

Si oui à 15

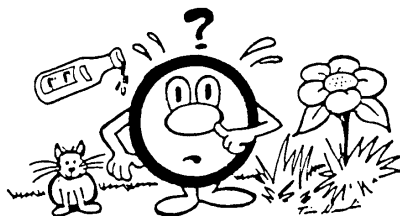
16. Est-elle actuellement plus importante moins importante

_ | _ |

17. Pourquoi :

_ | _ |

39 | _ | _ | _ | _ |



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 _ _ _ _ _ _ _

TRAITEMENT – MEDICAMENTS INHALES

1. Avez-vous déjà utilisé des **corticoïdes inhalés** ?

non oui

10|2|2|2|13|_ |

Corticoïdes inhalés

Beclone,
Becotide,
Flixotide,
Miflasone,
Prolair,
Pulmicort,
Qvar,
Seretide,
Symbicort,
.....

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

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

mois

|_ | _ |

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|_ | _ |

23|_ | _ |

25|_ | _ | à 34|_ | _ |

35|_ | _ |

36|_ | _ | à 38|_ | _ |

continuer page suivante

cc220

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

non oui

Corticoïdes inhalés

Si oui à 7

Beclone,
Becotide,
Flixotide,
Miflasone,
Prolair,
Pulmicort,
Qvar,
Seretide,
Symbicort,
.....

8. Avez-vous utilisé des **corticoïdes inhalés** dans les 12 derniers mois ? non oui

Si oui à 8.

9. Lequel (lesquels) parmi cette liste de corticoïdes inhalés :

Nom (s) et dose par bouffée :

10. Dans les 3 derniers mois, comment les avez-vous utilisés (pour le plus fréquemment pris)

en cas de besoin : nombre de bouffées/mois :

par cures courtes : nombre de cures :

continuellement : nombre de bouffées/ jour :

pas du tout

Broncho dilatateurs inhalés

Airomir,
Bricanyl,
Bronchodual,
Combivent,
Foradil,
Maxair,
Serevent,
Ventodisk,
Ventoline,
.....

11. Avez-vous utilisé des **bronchodilatateurs inhalés** dans les 12 derniers mois ? non oui

Si oui à 11

12. Lequel (lesquels) parmi la liste de bronchodilatateurs inhalés:

Nom (s) et dose par bouffée :

13. Dans les 3 derniers mois, comment les avez-vous utilisés (pour le plus fréquemment pris)

en cas de besoin : nombre de bouffées/mois :

par cures courtes : nombre de cures :

continuellement : nombre de bouffées/ jour :

pas du tout

14. **Autres médicaments inhalés** utilisés pour améliorer votre respiration à un moment quelconque dans les 12 derniers mois ?

.....

MEDICAMENTS – PAR VOIE ORALE ET INJECTABLE

cc 221

15. 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

Corticoides par voie orale ou injectable

Si oui à 15

16. Avez-vous utilisé des corticoïdes par voie orale ou injectable dans les 12 derniers mois ? non oui

Si oui à 16

17. Lequel (lesquels) parmi la liste des corticoïdes par voie orale ou injectable

Nom(s) et dose par prise :

18a. Dans les 12 derniers mois, comment les avez-vous utilisés

en cas de besoin : nombre de comprimés/mois :

par cures courtes : nombre de cures :

continuellement : nombre de bouffées/ jour :

pas du tout

18b. En avez-vous utilisé dans les 3 derniers mois ? non oui

Celestene,
Cortancyl,
Medrol,
Kenacort,
Solumedrol,
Solupred,
.....

HOSPITALISATIONS – VISITES MEDICALES

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

Si oui à 19

20. Combien de fois ? fois

21. A quel âge la première fois ? ans

22. Depuis l'étude précédente, êtes-vous allé(e) aux urgences, dans un hôpital ou une clinique, pour de l'asthme ? non oui

Si oui à 22

23. A quel âge ? ans

24. Etes-vous allé(e) aux urgences, dans un hôpital ou une clinique, pour de l'asthme dans les 12 derniers mois ? non oui

Si oui à 24

25. Combien de fois dans les 12 derniers mois ? fois

26. Depuis l'étude précédente, avez-vous passé une nuit à l'hôpital pour de l'asthme ? non oui

Si oui à 26

27. A quel âge ? ans

28. Avez vous passé une nuit à l'hôpital pour de l'asthme dans les 12 derniers mois ? non oui

Si oui à 28

29. Combien de nuits avez-vous passé à l'hôpital dans les 12 derniers mois ? nuits

30. Depuis l'étude précédente, avez-vous vu un médecin pour de l'asthme ? non oui

Si oui à 30

31. Avez-vous vu un médecin pour de l'asthme dans les 12 derniers mois ? non oui

Si oui à 31

32. Avez-vous vu un médecin généraliste ? non oui

33. Avez-vous vu un médecin spécialiste ? non oui

34. Avez-vous des rendez-vous réguliers avec un médecin pour de l'asthme ? non oui

suite CC222

39 |

40 |

42 |

44 |

50 |

57 |

FEMMES UNIQUEMENT

1. 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

cc203- col 59

2. A quel âge avez-vous eu vos premières **règles** ?

___ ans

66|_|_|

3. Avez-vous eu des enfants ?

non oui

|_|

Si oui à 3

4. Combien ?

|_|_|_|

5. Quelle est la date du dernier accouchement ?

___/___/___

72|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

6. Etes-vous enceinte actuellement ?

non oui

80|_|

7. Quelle est la date de vos dernières règles ? (premier jour) ___/___/___

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

Si vos dernières règles ont eu lieu depuis plus de 6 mois

8. Vos règles se sont-elles arrêtées :

- naturellement
 par une intervention chirurgicale
 autrement

89|_|

9. Avez-vous pris un traitement hormonal de substitution ?

non oui

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

Si oui à 9

10. Avez-vous pris un traitement hormonal de substitution pendant le dernier mois ?

non oui

94|_|

Si oui à 10

11. Lequel ?

|_|_|

12. Combien de mois l'avez-vous pris ?

___ mois

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

13. Vos cycles menstruels sont-ils réguliers ?

- oui
 non, ils n'ont jamais été réguliers
 non, ils ne sont plus réguliers depuis quelques mois

104|_|

14. Quel est habituellement l'intervalle de temps entre les règles ? (entre le premier jour et le premier jour des règles suivantes)

- < 24 jours
 24-26 jours
 27-29 jours
 30-32 jours
 > 32 jours

105|_|

15. Avez-vous déjà pris des **contraceptifs hormonaux** (pilule) ?

non oui

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

Si oui à 15

16. Avez-vous pris des contraceptifs hormonaux pendant le dernier mois ?

non oui

110|_|

Si oui à 16

17. Lequel ?

|_|_|_|

18. Combien de mois l'avez-vous pris ?

___ mois

113|_|_|_|

19. Depuis l'étude précédente, avez-vous pris des **traitements hormonaux** pour d'autres motifs que la contraception ?

non oui

116|_|

Si oui à 19

20. Depuis l'étude précédente, avez-vous pris un traitement hormonal comme traitement de la ménopause ?

non oui

117|_|_| 118|_|_| à 126|_|_|

127|_|_|_|_|

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE 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 derniers semaines à cause de votre asthme

A QUEL POINT VOUS ETES-VOUS SENTI(E) LIMITE(E) PAR VOTRE ASTHME POUR FAIRE LES ACTIVITES SUIVANTES AU COURS DE CES 2 DERNIERES 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 MODERE (par exemple faire une marche, faire le ménage, jardiner, faire les courses, monter un escalier)	1	2	3	4	5	6	7
3. ACTIVITES 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. ACTIVITES PROFESSIONNELLES (tâches que vous devez faire au travail*)	1	2	3	4	5	6	7

* Si vous n'avez pas d'emploi rémunéré, pensez aux tâches que vous devez faire presque tous les jours.

5. DORMIR	1	2	3	4	5	6	7
-----------	---	---	---	---	---	---	---

A QUEL POINT AVEZ-VOUS ETE GENE(E) (PHYSIQUEMENT OU PSYCHOLOGIQUEMENT) AU COURS DE CES 2 DERNIERES 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 GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/presque jamais	Jamais
7. avez-vous été INQUIETE(ETE) PARCE QUE VOUS AVEZ DE L'ASTHME ?	1	2	3	4	5	6	7
8. avez-vous été ESSOUFFLE(E) à cause de votre asthme ?	1	2	3	4	5	6	7
9. avez-vous eu des problèmes d'asthme A CAUSE D'UNE EXPOSITION À LA FUMEE 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 EVITER UNE SITUATION OU UN LIEU A CAUSE DE LA FUMEE DE CIGARETTES	1	2	3	4	5	6	7

A QUEL POINT AVEZ-VOUS ETE GÊNÉ(E) (PHYSIQUEMENT OU PSYCHOLOGIQUEMENT) AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES ?

	Extrêmement géné(e)	Très géné(e)	Assez géné(e)	Moyennement géné(e)	Un peu géné(e)	Presque pas géné(e)	Pas géné(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 GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/pres- que 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(ETE) PARCE QUE VOUS DEVEZ PRENDRE DES MEDICAMENTS 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 A CAUSE D'UNE EXPOSITION A LA POUSSIERE ?	1	2	3	4	5	6	7
18. avez-vous eu du MAL A 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 A CAUSE DE LA POUSSIERE ?	1	2	3	4	5	6	7
20. vous êtes-vous REVEILLE(E) LE MATIN AVEC DES PROBLEMES D'ASTHME ?	1	2	3	4	5	6	7
21. avez-vous eu PEUR DE NE PAS AVOIR VOS MEDICAMENTS 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 A 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 REVEILLE(E) LA NUIT A CAUSE DE VOTRE ASTHME ?	1	2	3	4	5	6	7
25. AVEZ-VOUS DÛ EVITER D'ALLER DEHORS OU LIMITER VOS SORTIES A CAUSE DU TEMPS OU DE LA POLLUTION ?	1	2	3	4	5	6	7

EN GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/presque jamais	Jamais
26. avez-vous eu des problèmes d'asthme A CAUSE D'UNE EXPOSITION A DES ODEURS OU A DES PARFUMS FORTS ?	1	2	3	4	5	6	7
27. avez-vous eu PEUR D'ETRE A BOUT DE SOUFFLE ?	1	2	3	4	5	6	7
28. avez-vous dû EVITER UNE SITUATION OU UN LIEU A CAUSE D'ODEURS OU DE PARFUMS FORTS ?	1	2	3	4	5	6	7
29. votre asthme vous a-t-il EMPECHE(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

A QUEL POINT VOUS ÊTES-VOUS SENTI(E) LIMITE(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)	Pratiquement pas limité(e)	Pas limité(e) du tout (J'ai fait toutes les activités que je voulais faire)
31. Pensez à L'ENSEMBLE DES ACTIVITES que vous auriez aimé faire au cours de ces 2 dernières semaines. DANS QUELLE MESURE LE NOMBRE DE CES ACTIVITES A-T-IL ETE LIMITE 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 ACTIVITES 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

Un dernier mot

sur votre opinion sur ce questionnaire

Intérêt du questionnaire

- très intéressant intéressant intérêt moyen peu intéressant pas intéressant du tout

Clarté du questionnaire

- très clair assez clair moyennement clair difficile à comprendre incompréhensible

Longueur du questionnaire

- trop court court raisonnable un peu trop long beaucoup trop long

Qu'attendez-vous de votre participation à cette étude ?

.....
.....
.....

Si vous le souhaitez, autres commentaires

.....
.....
.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire



Renvoyez-nous le questionnaire dans l'enveloppe timbrée

