

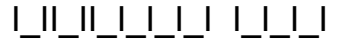
# Inserm



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|\_|\_|  
32|0|0|

### SYMPTOMES RESPIRATOIRES

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

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 | 1 |

15. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ?  non  oui | 50 | 1 |

**Si oui à 14 OU 15**

16. Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ?  non  oui | 1 |

17. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés pour respirer ?  non  oui | 1 |

**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 | 1 |

18. Marchez-vous difficilement pour une autre raison qu'une maladie cardiaque ou pulmonaire ?  non  oui | 1 |

**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 | 1 |

**Si oui à 19**

20a. Etes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?  non  oui | 1 |

**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 | 1 |

**Si oui à 20b**

20c. Etes-vous essoufflé(e) au repos ?  non  oui | 59 | 1 |

21. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?  non  oui | 60 | 1 |

22. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?  non  oui | 1 |

**Si oui à 22**

22a. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?  non  oui | 1 |

22b. Avez-vous eu une crise d'asthme dans les douze derniers mois ?  non  oui | 63 | 1 |

23. Avez-vous utilisé des **médicaments inhalés pour améliorer votre respiration** à un moment quelconque dans les 12 derniers mois ?  non  oui | 64 | 1 |

**Si oui à 23**

23a. Quel(s) médicaments avez-vous utilisé(s) ?

bronchodilatateurs,  corticoïdes inhalés,  autre, précisez : | 66 | 1 |

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

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

.....

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) ?  non  oui

cc222 col24

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

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

CC222 col35

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

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

38. 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 | \_ | \_ | \_ | \_ |
39. 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. 100 | \_ | \_ | 102 | \_ |
40. 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. 103 | \_ | \_ | \_ | 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 <b>métier actuel</b> (ou votre dernier métier) (par exemple conducteur de machines à bois, infirmière en réanimation) ? ..... .....	15. Dans quel <b>secteur d'activité</b> 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"/>

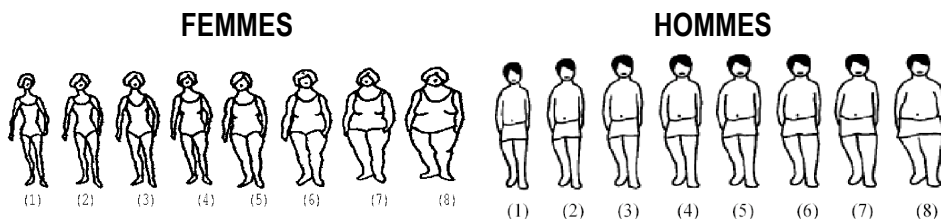
23. **Dans votre vie**, avez-vous travaillé comme  
 infirmier(ère)     médecin     autre personnel soignant     personnel de laboratoire  
 personnel de ménage ou de nettoyage     En élevage agricole (porcherie, poulailler, étable..)  
 Certains métiers de l'alimentaire (abattoir, alimentation industrielle, 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|\_|\_| à 73|\_|\_| |2|\_|\_|\_|  
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**

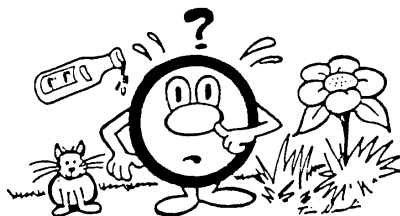
16. Est-elle actuellement                       plus importante                       moins importante

\_ | \_ |

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 _  _  _  _  _  _  _  _

# 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- col59

10 | 2 | 2 | 2 | 1 | 13 | \_ | \_ | à 22 | \_ | \_ |

23 | \_ | \_ | \_ | 25 | \_ | \_ | à 34 | \_ | \_ |

35 | \_ | \_ | 36 | \_ | \_ | à 65 | \_ | \_ |

66 | \_ | \_ |

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

    |\_||\_|| ans

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 | \_ | \_ | \_ | \_ |

## 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*