

Questionnaire confidentiel

Nodos



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

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Date de réponse | <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"/> | 2 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Date de naissance | <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 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sexe: | <input type="checkbox"/> | masculin | <input type="checkbox"/> | féminin | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui à 4 : 5. Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Avez-vous eu des sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé(e) | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. A quel âge avez-vous eu ces sifflements dans la poitrine pour la première fois ? an(s) | | | | | | | | | | | | 17 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 8. A quelle fréquence avez-vous eu des sifflements dans les 12 derniers mois ?
<input type="checkbox"/> Tous les jours <input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours <input type="checkbox"/> De temps en temps | | | | | | | | | | | | 19 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 9. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Avez-vous eu une crise d'essoufflement APRES un effort intense, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Toussez-vous habituellement en vous levant en hiver ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Toussez-vous habituellement pendant la journée ou pendant la nuit en hiver ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | ou | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui à 14 ou 15 : 16. Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine dans la journée ou la nuit, en hiver ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui à 17 ou 18 : 19. Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Dans les 3 dernières années, vous est-il arrivé de tousser et de cracher (davantage) pendant au moins 3 semaines ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui à 20 : 21. Cela vous est-il arrivé plus d'une fois ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Etes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat ou en montant une côte légère à un pas normal ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui à 22 : 23. Etes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui à 23 : 24. Vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui à 24 : 25. Etes-vous essoufflé(e) au repos ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Dans l'ensemble, depuis l'enquête précédente, pensez-vous que l'état de vos bronches ou de votre respiration ait changé ?
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, il s'est amélioré <input type="checkbox"/> oui, il s'est aggravé | | | | | | | | | | | | 37 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 27. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ? | <input type="checkbox"/> | non | <input type="checkbox"/> | oui | | | | | | | | | | | | | | | |

28. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ? non oui 39|_|
- Si oui à 28 :** 29. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ? non oui 40|_|
30. Avez-vous eu une crise d'asthme *dans les 12 derniers mois* ? non oui 41|_|
- si oui à 30 :** 31. Avez-vous été traité(e) pour vos crises *dans les 12 derniers mois* ? non oui 42|_|
32. A quel âge avez-vous eu votre première crise ? ans 43|_|_|
33. *Au cours de ces 4 dernières semaines*, votre asthme vous a-t-il gêné dans vos activités, au travail, à l'école/université ou chez vous ?
 tout le temps la plupart du temps quelquefois rarement jamais 45|_|
34. *Au cours des 4 dernières semaines*, avez-vous été essoufflé(e) ?
 plus d'une fois par jour une fois par jour 3 à 6 fois par jour 1 à 2 fois par jour jamais 46|_|
35. *Au cours des 4 dernières semaines*, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?
 4 nuits ou plus par semaine 2 à 3 nuits par semaine une nuit par semaine 1 ou 2 fois en tout jamais 47|_|
36. *Au cours des 4 dernières semaines*, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple salbutamol, terbutaline) ?
 3 fois par jour ou plus 2 à 3 fois par jour 1 à 2 fois par jour 1 fois par semaine ou moins jamais 48|_|
37. Comment évalueriez-vous votre asthme *au cours de ces 4 dernières semaines* ?
 pas contrôlé du tout très peu contrôlé un peu contrôlé bien contrôlé totalement contrôlé 49|_|
38. Avez-vous utilisé des corticoïdes inhalés (par exemple FLIXOTIDE, PULMICORT, SYMBICORT ou SERETIDE) pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, *dans les 12 derniers mois* ? non oui 50|_|
39. 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 51|_|
- Si oui à 39 :** 40. Aviez-vous les yeux qui piquent ou qui pleurent quand vous aviez ces problèmes de nez ? non oui 52|_|
41. A quel âge avez-vous eu ces problèmes de nez pour la première fois ? ans 53|_|_|
42. Avez-vous eu ces problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché *dans les 12 derniers mois* ? non oui 55|_|
43. Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ou le rhume des foins ? non oui 56|_|
- Si oui à 43 :** 44. A quel âge pour la première fois ? ans 57|_|_|
45. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ? non oui 59|_|
- Si oui à 45 :** 46. A quel âge pour la première fois ? ans 60|_|_|
47. En avez-vous eu *dans les 12 derniers mois* ? non oui 62|_|
48. Fumez-vous ou avez-vous fumé antérieurement une cigarette par jour ou plus pendant au moins un an ? non oui 63|_|
- Si oui à 48 :** 49. A quel âge avez-vous commencé à fumer ? ans 64|_|_|
50. Combien de cigarettes fumez-vous actuellement en moyenne ?
 nb de cigarettes..... par jour ou par semaine 66|_|_|
51. Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps ?
 Si un an ou plus : ans Si moins d'un an : mois 68|_|_|
- Si oui à 51 :** 52. Avez-vous arrêté de fumer à cause de vos bronches ? non oui 70|_|
53. Dans votre vie, avez-vous été professionnellement exposé(e) à des poussières, gaz ou vapeurs chimiques ? non oui 71|_|

Afin de faciliter le suivi de l'étude, vous pouvez nous indiquer, si vous le souhaitez, vos coordonnées téléphoniques et/ou électroniques. Nous vous remercions de votre confiance et de votre fidèle collaboration.

N° Téléphone dans la journée : N° Téléphone le soir :

N° Portable : Mèl :

Commentaires :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

