

# Questionnaire EGEA4 \_A/ administré par un enquêteur

Nodos :

Centre d'examen : .....

Date de naissance (mois/année) :

Sexe :  masculin  féminin

Date à laquelle vous remplissez ce questionnaire :

Nom de l'enquêteur : .....

## 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
- 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. A quelle fréquence avez-vous eu ces sifflements dans les 12 derniers mois ?  
 tous les jours  au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours  
 de temps en temps
5. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
6. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
7. Avez-vous eu une crise d'essoufflement APRES un effort intense, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
8. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
- Si oui à 8**
9. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, dans les 3 derniers mois ?  non  oui
- Si oui à 9 :**
10. 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 10**
11. Combien de fois par semaine, en moyenne, avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, dans les 3 derniers mois ?  fois
12. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
13. Toussez-vous habituellement en vous levant, en hiver ?  non  oui
14. Toussez-vous habituellement pendant la journée ou la nuit, en hiver ?  non  oui
- Si oui à 13 OU 14**
15. Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ?  non  oui
- Si oui à 15**
16. Depuis combien d'année(s) tousez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?  ans
17. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ?  non  oui
18. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ?  non  oui
- Si oui à 17 OU 18**
19. Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ?  non  oui
- Si oui à 19**
20. Depuis combien d'année(s) crachez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?  ans

21. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés pour respirer ?  non  oui
- Si oui à 21**
22. Avez-vous ces difficultés :  Continuellement, donc votre respiration n'est jamais tout à fait normale  De façon répétée, mais cela s'arrange toujours complètement  Rarement
23. Marchez-vous difficilement pour une autre raison qu'une maladie cardiaque ou pulmonaire ?  non  oui
- Si oui à 23**
24. Décrire cette raison : .....
25. Êtes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?  non  oui
- Si oui à 25**
26. Êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?  non  oui
- Si oui à 26**
27. 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 27**
28. Êtes-vous essoufflé(e) au repos ?  non  oui
29. Dans l'ensemble, depuis 10 ans, pensez-vous que l'état de vos bronches ou de votre respiration ait changé ?  non  oui
- Si oui à 29**
30. S'est-il  amélioré ou  aggravé ?
31. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?  non  oui
32. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?  non  oui
- Si oui à 32**
33. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?  non  oui
34. Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?  non  oui
35. Avez-vous déjà pris des médicaments pour l'asthme (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés) ?  non  oui
- Si oui à 35**
36. Avez-vous pris des médicaments pour l'asthme (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés) dans les 12 derniers mois ?  non  oui

**Si vous avez répondu NON à Q31 et Q32 alors passer à la page 4**

Si vous avez répondu Oui à Q33 ou Q34

## ASTHME

### CRISES D'ASTHME

Répondre à ces questions même si vous n'avez pas eu de crise récemment

1. A quel âge avez-vous eu votre première crise ?    ans
2. A combien de temps remonte votre dernière crise (en semaines)     semaine  
Si votre dernière crise était il y a longtemps, vous pouvez répondre en   mois ou   années
3. Avez-vous eu une période de plusieurs années sans crise ?  non  oui
- Si oui à 3**
4. A quel âge vos crises ont-elles disparu ?    ans
5. A quel âge vos crises sont-elles réapparues ?    ans

### ETAT DE FOND

Répondez pour vos crises dans les 12 derniers mois, mais si vos crises ont cessé depuis plus d'un an, répondez pour la période où vous aviez des crises

6. Quelle est (était) en moyenne la fréquence de vos crises ?  
 1 crise/jour ou plus  1 crise/semaine ou plus  1 crise/mois ou plus  moins d'1 crise/mois
7. Entre vos crises, votre respiration est(était)-elle normale ?  non  oui
- Si non à 7**
8. Avez(aviez)-vous des  sifflements  sifflements et léger essoufflement  essoufflement limitant votre activité

### DANS LES 3 DERNIERS MOIS

9. Combien de crises avez-vous eu dans les 3 derniers mois ?
10. Combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) à cause de votre asthme dans les 3 derniers mois ?  
 toutes les nuits ou presque toutes les nuits  au moins une fois par semaine, mais pas la plupart des nuits  au moins 2 fois par mois, mais moins d'une fois par semaine  moins de 2 fois par mois  pas du tout
11. A quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à respirer à cause de votre asthme dans les 3 derniers mois ?  
 tout le temps  environ une fois par jour  au moins une fois par semaine, mais moins d'une fois par jour  moins d'une fois par semaine  pas du tout

### DANS LE DERNIER MOIS

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines à cause de votre asthme

12. Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné(e) dans vos activités, au travail, ou chez vous ?  
 tout le temps  la plupart du temps  quelque fois  rarement  jamais
13. 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 semaine  1 ou 2 fois par semaine  jamais
14. 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
15. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par aérosol (par exemple Salbutamol, Terbutaline, Ventoline, Airomir, Bricanyl, ...)  
 3 fois par jour ou plus  1 à 2 fois par jour  2 à 3 fois par semaine  1 fois par semaine ou moins  jamais
16. Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?  
 pas contrôlé du tout  très peu contrôlé  un peu contrôlé  bien contrôlé  totalement contrôlé

## BRONCHITE CHRONIQUE OU EMPHYSEME (pour tous)

1. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une de ces formes de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) :

2. Bronchite chronique

3. Emphysème

4. BPCO (forme non spécifiée)

**Si oui à 2, 3 OU 4**

5. A quel âge avez-vous développé vos premiers symptômes de BPCO ?

*Si vous avez à la fois une bronchite chronique et de l'emphysème, indiquez l'âge auquel vous avez noté les premiers symptômes de l'une ou l'autre de ces maladies.*

6. A quel âge un médecin vous a-t-il diagnostiqué pour la première fois une BPCO ?

7. Comment ce diagnostic a-t-il été réalisé ? (Plusieurs réponses possibles)

- spirométrie (mesure du souffle)     radiographie du thorax     tomodensitométrie du thorax (scanner thoracique)     symptômes / examen médical

8. Durant les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous :

a) ... passé une nuit à l'hôpital en raison de votre BPCO ?

- jamais     1     2     3     4     5     6-8     9-11     12 ou plus

b) ... été aux urgences d'un hôpital pour le traitement de votre BPCO ?

- jamais     1     2     3     4     5     6-8     9-11     12 ou plus

c) ... été chez un médecin pour vous faire prescrire en urgence un traitement pour votre BPCO ?

- jamais     1     2     3     4     5     6-8     9-11     12 ou plus

non     oui

non     oui

non     oui

\_\_\_ ans

\_\_\_ ans

## ALLERGIES

### NEZ

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 un virus respiratoire (grippe, covid,...) ?

**Si oui à 1**

2. A quel âge avez-vous eu ces problèmes de nez pour la première fois ?

3. Avez-vous les yeux qui piquaient ou qui pleuraient quand vous aviez ces problèmes de nez ?

4. Avez-vous eu ces problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché, dans les 12 derniers mois ?

**Si non à 4**

5. A quel âge ces symptômes ont-ils disparu ?

**Si oui à 4**

6. Au cours des 12 derniers mois, pendant quel(s) mois avez-vous eu ces problèmes de nez ?

- Jan     Fev     Mars     Avr     Mai     Juin     Juil     Août     Sept  
 Oct     Nov     Dec

7. Au cours des 12 derniers mois, quels facteurs ont déclenché ou augmenté ces problèmes de nez ?

- acariens ou poussières de maison     pollens     animaux     pollution de l'air     changement de météo  
 air froid     tabac     Ne sais pas     autres, précisez .....

8. Au cours des 12 derniers mois, ces problèmes de nez ont-ils gêné vos activités quotidiennes ?

- pas du tout     modérément     un peu     beaucoup

9. Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ?

**Si oui à 9**

10. A quel âge pour la première fois ?

11. Avez-vous eu une rhinite allergique dans les 12 derniers mois ?

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

**Si oui à 12**

13. A quel âge pour la première fois ?

14. Avez-vous eu un rhume des foins dans les 12 derniers mois ?

15. Avez-vous utilisé des sprays de corticoïdes **par voie nasale** (avec ou sans ordonnance) pour soigner des symptômes du nez dans les 12 derniers mois (Nasacort, Nasonex, Avamys, Rhinocort, Beconase, Humex rhume des foins ...) ?

non     oui

\_\_\_ ans

non     oui

non     oui

\_\_\_ ans

non     oui

\_\_\_ ans

non     oui

non     oui

\_\_\_ ans

non     oui

non     oui

16. Avez-vous utilisé des traitements antihistaminiques / anti-allergiques **par voie orale** (avec ou sans ordonnance) pour soigner des symptômes du nez dans les 12 derniers mois (*Aerius, Xyzall, Clarytine, Kestin, Virlix, Zyrtec, ...*) ?

non  oui

17. Avez-vous déjà eu

<input type="checkbox"/> une conjonctivite allergique	<input type="checkbox"/> une sinusite	<input type="checkbox"/> des polypes nasaux	<input type="checkbox"/> aucun de ces symptômes
	<input type="checkbox"/> un choc anaphylactique	<input type="checkbox"/> un œdème de Quincke	

## PEAU

18. Avez-vous déjà eu des rougeurs ou des éruptions qui démangent, qui apparaissent et disparaissent, pendant au moins 6 mois ?

non  oui

**Si oui à 18**

19. A quel âge ces rougeurs sont-elles apparues pour la première fois ?

|\_|\_| ans

20. Avez-vous eu ces rougeurs qui démangent dans les 12 derniers mois ?

non  oui

**Si oui à 20**

21. 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

**Si non à 20**

22. A quel âge ces rougeurs ont-elles disparu complètement ?

|\_|\_| ans

23. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

non  oui

**Si oui à 23**

24. A quel âge pour la première fois ?

|\_|\_| ans

25. En avez-vous eu dans les 12 derniers mois ?

non  oui

**Si oui à 25**

26. Quels ont été les facteurs qui ont provoqué votre eczéma dans les 12 derniers mois ?

- contact avec des lessives    parfum    contact (ceinture, boucle d'oreille)  
 nickel, cobalt    autre, précisez: .....

## SANTE CARDIOVASCULAIRE

Un médecin vous a-t-il dit que vous souffriez de :

- |                                                                    |                                                           |               |                   |          |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|-------------------|----------|
| 1. Angine de poitrine (douleur dans la poitrine à l'effort)        | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 2. Infarctus du myocarde                                           | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 3. Artérite des jambes (il ne s'agit pas des varices)              | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 4. Hypertension artérielle (tension, pression trop élevée)         | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 5. Hypercholestérolémie (trop de lipides ou graisses dans le sang) | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 6. Arythmie (pouls irrégulier, palpitations)                       | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 7. Insuffisance cardiaque                                          | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 8. Accident vasculaire cérébral (attaque cérébrale)                | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |

Avez-vous subi une ou plusieurs de ces interventions chirurgicales ?

- |                                                           |                                                           |               |                            |          |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|----------------------------|----------|
| 9. Pose de stents (ressorts dans une artère)              | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age à la 1ere intervention | _ _  ans |
| 10. Angioplastie (dilatation d'une artère)                | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age à la 1ere intervention | _ _  ans |
| 11. Pontage coronarien                                    | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age à la 1ere intervention | _ _  ans |
| 12. Opération sur une artère du cou                       | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age à la 1ere intervention | _ _  ans |
| 13. Opération sur une artère des jambes (pas les varices) | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age à la 1ere intervention | _ _  ans |
| 14. Transplantation ou greffe cardiaque                   | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age à la 1ere intervention | _ _  ans |
| 15. Pose d'un pacemaker                                   | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age à la 1ere intervention | _ _  ans |
| 16. Pose d'un défibrillateur                              | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age à la 1ere intervention | _ _  ans |

## AUTRES ANTECEDENTS

Pour chacun des problèmes de santé suivants, indiquez si vous avez, ou avez eu, ce problème de santé, et, si oui, l'âge auquel cette maladie a été diagnostiquée par un médecin pour la première fois.

- |                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |               |                   |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------|-------------------|----------|
| 17. Diabète insulino-dépendant                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 18. Diabète non-insulino dépendant                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 19 a. Cancer sein                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| b. Cancer prostate                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| c. Cancer Poumon                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| d. Cancer colorectal                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| e. Cancer autre                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 20. Dépression                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 21. Maladie inflammatoire de l'intestin (dont maladie de Crohn)                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 22. Migraines                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 23. Polyarthrite rhumatoïde                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 24. Spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 25. Reflux gastro-œsophagien, hernie hiatale ou œsophagite                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui | <b>Si oui</b> | Age au diagnostic | _ _  ans |
| 26. Depuis le début de l'épidémie de Covid-19, avez-vous été infecté(e) par le coronavirus ?                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |               |                   |          |
| <b>Si oui à 26</b>                                                                                                                                                                                                 |                                                           |               |                   |          |
| 27. Combien de fois ?                                                                                                                                                                                              |                                                           |               |                   | _ _      |
| 28. Combien de fois votre infection a-été confirmée par un test (PCR, antigénique, auto-test ou sérologique (si cette dernière a précédé toute injection de vaccin contre la Covid-19)) ou un scanner pulmonaire ? |                                                           |               |                   | _ _      |
| 29. Avez-vous reçu de l'oxygène à cause de votre infection (à l'hôpital ou a domicile) ?                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |               |                   |          |
| 30. Êtes-vous resté(e) plus d'une nuit à l'hôpital à cause de votre infection ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |               |                   |          |
| 31. Avez-vous été admis(e) en réanimation à cause de votre infection ?                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |               |                   |          |

## SOMMEIL

- |                                                                                                                                                                            |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. <u>Au cours du dernier mois</u> , combien d'heures de sommeil effectif avez-vous eues par nuit ? (Ceci peut être différent du nombre d'heures passées au lit)           | _ _  heure<br> _ _  min                                   |
| 2. Vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez quand vous dormez ?                                                                                                              | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| <b>Si oui à 2</b>                                                                                                                                                          |                                                           |
| 3. <u>Dans les 12 derniers mois</u> , vous a-t-on dit que vous arrêtiez de respirer ou que votre respiration était irrégulière, quand vous dormiez ?                       |                                                           |
| jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> tout le temps                          |                                                           |
| 4. <u>Dans les 12 derniers mois</u> , vous êtes-vous réveillé(e) tout à coup, avec une sensation de suffocation ou sans arriver à respirer ?                               |                                                           |
| <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> tout le temps |                                                           |
| 5. <u>Dans les 12 derniers mois</u> , vous a-t-on dit que vous ronfliez bruyamment, ou que vos ronflements perturbaient les autres personnes ?                             |                                                           |
| <input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> tout le temps |                                                           |
| 6. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faisiez de l'apnée du sommeil ?                                                                                           | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| 7. Avez-vous déjà eu des brûlures d'estomac ou des renvois, quand vous étiez allongé(e) dans votre lit ?                                                                   |                                                           |
| <b>Si oui à 7</b>                                                                                                                                                          |                                                           |
| 8. En avez-vous eu <u>dans les 3 derniers mois</u> ?                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |

## TABAC ACTIF

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

**Si oui à 1**

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

3. Combien fumez-vous actuellement en moyenne

-de cigarettes par jour :

-de cigares par semaine :

-de cigarillos par semaine :

- de tabac à pipe, en grammes par semaine (1 paquet = 40g) :

4. Depuis combien de temps fumez-vous comme cela

5. Avez-vous diminué votre consommation de tabac ou arrêté de fumer ?

**Si oui à 5**

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

-de cigarettes par jour :

-de cigares par semaine :

-de cigarillos par semaine :

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

7. Pendant combien de temps avez-vous fumé comme cela

8. Avez-vous arrêté de fumer ?

**Si oui à 8**

9. Depuis combien de temps ?

10. Avez-vous arrêté de fumer à cause de vos bronches ?

11. Avez-vous déjà vapoté (i.e. consommé des cigarettes électroniques) au cours de votre vie :

**Si oui à 11**

12. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre consommation de cigarette électronique :

a.  Ne vapote plus, a déjà vapoté mais pas tous les jours

b.  Ne vapote plus, a déjà vapoté quotidiennement

c.  Vapote mais pas tous les jours

d.  Vapote quotidiennement

13. A quel âge avez-vous commencé à vapoter :

**Si 12.c ou 12.d :**

14. Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables (puffs) ?

**Si oui à 14**

15. Indiquez combien de cigarettes électroniques jetables par semaine en moyenne

16. Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables ?

**Si oui à 16**

17. Quel est le volume des recharges que vous utilisez le plus fréquemment ?

10ml  20ml  30ml  40ml  50ml  Autre, précisez : .....

ne sait pas

18. Quelle est la concentration (mg/ml) en nicotine des recharges que vous utilisez le plus fréquemment ?

0 mg/ml (sans nicotine)  moins de 6 mg/ml  6-12 mg/ml  13 mg/ml ou plus

ne sait pas

19. Combien de temps dure en moyenne une recharge ?

20. Depuis combien de temps est-ce que vous vapotez comme cela (en année(s), si moins d'un an mettre 0) ?

**Si 12.a ou 12.b**

21. A quel âge avez-vous arrêté de vapoter (en année(s), si moins d'un an mettre 0) ?

22. Utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables (puffs) ?

non  oui

\_\_\_\_ ans

\_\_\_\_

\_\_\_\_

\_\_\_\_

\_\_\_\_

\_\_\_\_ années

ou \_\_\_\_ mois

non  oui

\_\_\_\_

\_\_\_\_

\_\_\_\_

\_\_\_\_

\_\_\_\_ années

ou \_\_\_\_ mois

non  oui

\_\_\_\_ ans

non  oui

non  oui

\_\_\_\_ ans

non  oui

\_\_\_\_

non  oui

\_\_\_\_ jours

\_\_\_\_ sem

\_\_\_\_ mois

\_\_\_\_ ans

\_\_\_\_ ans

non  oui

**Si oui à 22**

23. Indiquez combien de cigarettes électroniques jetables par semaine en moyenne

24. Utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables ?

**Si oui à 24**

25. Quel était le volume des recharges que vous utilisiez le plus fréquemment ?

- 10ml  20ml  30ml  40ml  50ml  Autre, précisez : .....

ne sait pas

26. Quelle était la concentration (mg/ml) en nicotine des recharges que vous utilisiez le plus fréquemment ?

- 0 mg/ml (sans nicotine)  moins de 6 mg/ml  6-12 mg/ml  13 mg/ml ou plus

ne sait pas

27. Combien de temps durait en moyenne une recharge ?

non  oui

jours  
   sem  
   mois

## TABAC PASSIF (n'inclut pas le vapotage/cigarettes électroniques)

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

2. Parmi celles-ci, est-ce qu'il y a des fumeurs ?

**Si oui à 2**

3. Combien sont des fumeurs ?

4. Au moins un de ces fumeurs fume-t-il (elle) régulièrement en votre présence ?

5. Est-ce que vous vivez en couple ?

**Si oui à 5**

6. Votre conjoint fume-t-il(elle) ou a-t-il(elle) fumé depuis que vous vivez ensemble ?

**Si oui à 6**

7. Sa consommation est (était)-elle :

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

8. Fume-t-il (elle) actuellement ?

**Si oui à 8**

9. Fume-t-il (elle) régulièrement en votre présence

10. Travail(l)ez-vous dans une atmosphère enfumée par le tabac (métier actuel ou dernier métier) ?

- jamais  occasionnellement  souvent  tous les jours

11. Combien d'heures par jour êtes-vous actuellement exposé(e) à la fumée de tabac des autres ?

**Si une heure ou plus**

12. Combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres **au domicile** ?

13. Combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres **au travail** ?

14. Combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres **dans un autre environnement** ?

non  oui

non  oui

non  oui

non  oui

non  oui

non  oui

h

h

h

h

## LOGEMENT ET HISTOIRE RESIDENTIELLE

1. Depuis combien d'années habitez-vous dans votre **logement actuel** ? |   ans

2. Quel est votre situation résidentielle  
 propriétaire  locataire  autre

3. Si vous aviez le choix, resteriez-vous dans votre logement actuel ou préféreriez-vous déménager ailleurs ?  
 rester  déménager

4. Votre logement dispose-t-il d'un système de ventilation (ventilation mécanique contrôlée (VMC), barrettes de ventilation sur les fenêtres, bouche de ventilation naturelle...) ? |  non  oui

**Si oui à 4**

5. Ce système de ventilation est-il obstrué ? |  non  oui  NSP

6. Aérez-vous votre logement en ouvrant les fenêtres ? |  non  oui

**Si oui à 6**

7. Combien de temps par jour en moyenne, en été ?  
 Jamais  moins de 10 minutes.  plus de 10 minutes

8. Combien temps par jour en moyenne, en hiver ?  
 Jamais  moins de 10 minutes.  plus de 10 minutes

9. Votre logement a-t-il subi un dégât des eaux, par exemple à la suite de canalisation cassées, fuites ou inondations ? |  non  oui

**Si oui à 9**

10. Y-a-t-il eu un dégât des eaux dans les 12 derniers mois |  non  oui

11. Y-a-t-il déjà eu des moisissures sur une surface quelconque à l'intérieur de votre logement (nourriture exclue) ? |  non  oui

**Si oui à 11**

12. Dans quelle(s) pièce(s) ?  
 Salle de bain  votre chambre  une autre chambre que la votre  
 Salle de séjour  Cuisine  Sous-sol ou grenier  Autre, précisez :  
 .....

13. Est-ce que cela s'est produit dans les 12 derniers mois ? |  non  oui

14. Y-a-t-il déjà eu des odeurs de moisi ou des tâches d'humidité à l'intérieur de votre domicile (nourritures exclues) ? |  non  oui

**Si oui à 14**

15. Est-ce que cela s'est produit dans les 12 derniers mois ? |  non  oui

16. Passez-vous plus de 6 semaines par an à une autre adresse (par exemple résidence secondaire) |  non  oui

**Si oui à 16**

17. Quelle est l'adresse de cet autre logement ?  
    Numéro Rue :  
      Code postal Ville : ..... Pays : .....

18. Pouvez-vous nous donner les adresses de tous les logements où vous avez vécu au moins 1 an au cours de ces 10 dernières années **en commençant par votre adresse actuelle** ?

	Numéro	Rue	Ville, Pays	Code postal	Année d'installation	Année où vous avez quitté cette adresse	Avez-vous quitté ce logement en raison de votre santé respiratoire
a.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
actuelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
b.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
c.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
d.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
e.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

## TRAVAIL – EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

1. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé ?

non  oui

**Si oui à 1**

2. En quelle année avez-vous commencé à travailler ?

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

3. Avez-vous déjà été professionnellement exposé(e) à des poussières, fumées, gaz ou vapeurs chimiques ?

non  oui

4. Travaillez-vous actuellement ?

non  oui

**Si non 4**

5. Êtes-vous à la retraite

non  oui

**Si oui à 5**

6. Depuis quelle année ?

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

**Décrivez, avec le plus de précision possible, les 2 derniers métiers que vous avez exercés au moins 6 mois (Si vous êtes à la retraite, ne pas décrire votre période de retraite)**

### **METIER ACTUEL OU DERNIER METIER**

7. Quel est votre **métier actuel** (ou votre dernier métier) (par exemple conducteur de machines à bois, infirmière en réanimation) ? :

8. Dans quel **secteur d'activité** êtes (étiez)-vous (par exemple chimie, industrie alimentaire, assurances) ?

.....  
.....

9. Pouvez-vous nous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? (exemple : monter, réparer et tester des installations électriques / percer des tranchées dans les murs, enduire)

.....  
.....

10. Année début de l'exercice de ce métier

|\_|\_|\_|\_| ou âge : |\_|\_|

11. Année fin de l'exercice de ce métier

(si métier en cours, noter 9999)

|\_|\_|\_|\_| ou âge : |\_|\_|

12. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ?

non  oui

**Si oui à 12** 13. Laquelle : .....

14. Était-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ?

non  oui

### **METIER PRECEDENT**

15. Quel était votre métier précédent (par exemple conducteur de machines à bois, infirmière en réanimation) ? :

16. Dans quel **secteur d'activité** étiez-vous (par exemple chimie, industrie alimentaire, assurances) ?

.....  
.....

17. Pouvez-vous nous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? (exemple : monter, réparer et tester des installations électriques / percer des tranchées dans les murs, enduire)

.....  
.....

18. Année début de l'exercice de ce métier

|\_|\_|\_|\_| ou âge : |\_|\_|

19. Année fin de l'exercice de ce métier

|\_|\_|\_|\_| ou âge : |\_|\_|

20. Avez-vous quitté ce travail pour raison de santé ?

non  oui

**Si oui à 20** 21. Laquelle : .....

22. Était-ce à cause d'une gêne respiratoire ou allergique ?

non  oui

## FEMMES UNIQUEMENT

1. Vos cycles menstruels sont-ils réguliers ?

- oui     non, ils n'ont jamais été réguliers     non, ils ne sont plus réguliers depuis quelques mois ou années     non, je n'ai plus mes règles

2. Quel est habituellement l'intervalle de temps entre vos règles ou quel était habituellement l'intervalle de temps entre vos règles avant que vos cycles menstruels deviennent irréguliers ou aient cessés (entre le premier jour et le premier jour des règles suivantes) ?

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

3. Avez-vous eu vos règles dans les 12 derniers mois

**Si oui à 3**

4. Quelle est la date de vos dernières règles ? (date du premier jour de vos dernières règles)

non     oui

\_\_\_ jour

\_\_\_ mois

\_\_\_ années

\_\_\_

5. Combien de cycles menstruels avez-vous eu au cours des 12 derniers mois ?

**Si non à 3**

6. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos dernières règles ?

\_\_\_ ans

7. Quelle proposition décrit le mieux la raison pour laquelle vous n'avez pas de règles ? (Cochez une seule case)

- Ménopause     Hystérectomie (ablation de l'utérus)     Ablation des ovaires     Actuellement enceinte
- Allaitement actuel     Parce que j'ai suivi un traitement (à visée contraceptive ou non)     Autre, préciser : \_\_\_\_\_

**Si hystérectomie**

8. Quel âge aviez-vous lors de l'hystérectomie ?

\_\_\_ ans

9. Quelle était la raison principale de l'hystérectomie ?

- règles irrégulières, douloureuses ou abondantes     fibrome     cancer de l'utérus (endomètre)     cancer des ovaires
- cancer du col de l'utérus     prolapsus vaginal     Je ne sais pas ou ne souhaite pas préciser     autre

**Si ablation des ovaires**

10. Combien d'ovaires ont été retirés ?  1 ovaire     2 ovaires

11. Quel âge aviez-vous lors de l'ablation d'un ou des 2 ovaires ? (si les 2 ovaires ont été retirés à des âges différents, préciser l'âge à chaque opération)

\_\_\_ ans

\_\_\_ ans

12. Certaines femmes ressentent des bouffées de chaleurs et/ou des sueurs nocturnes au moment de la ménopause, même si elles ont des cycles menstruels. Avez-vous déjà eu l'un ou l'autre de ces symptômes au cours des 12 derniers mois ?

non     oui  
 non concernée

**Si oui à 12**

13. Quel âge aviez-vous quand ces symptômes ont commencé ?

\_\_\_ ans

14. Avez-vous déjà pris des contraceptifs hormonaux (pilule, patchs, injections, implants, stérilets imprégnés d'une hormone, par exemple Mirena) ?

non     oui

**Si oui à 14**

15. Si vous avez pris un traitement contraceptif par voie orale (pilule), combien de temps environ avez-vous pris ce traitement ?

- moins d'un an ;     1 à 4 ans ;     5 à 10 ans ;     11 à 20 ans ;     plus de 20 ans

16. Avez-vous déjà pris des traitements hormonaux pour la ménopause (comprimés, crème, patchs, crèmes vaginales, pessaires vaginaux) ?

non     oui

**Si oui à 16**

17. Si vous avez pris un traitement hormonal pour la ménopause par voie orale combien de temps environ avez-vous pris ce traitement ?

- moins d'un an ;     1 à 2 ans ;     3 à 5 ans ;     6 à 10 ans ;     plus de 10 ans

18. Prenez-vous actuellement un des traitements suivants ?

- traitement contraceptif hormonal (par exemple pilule, stérilet hormonal, ...)
- traitement des symptômes de la ménopause (par exemple THS)
- DHEA (déhydroépiandostérone)
- autre traitement gynécologique
- aucun traitement gynécologique

## TRAITEMENTS

### Médicaments inhalés

1. Avez-vous déjà utilisé des **corticoïdes inhalés (seuls ou en association avec un bronchodilatateur)**

?

non  oui

#### Corticoïdes inhalés

Seuls :

ACORSRAY  
ALVESCO  
ASMANEX  
TWISTHALER  
BÉCLOJET  
BÉCLOMÉTAS  
ONE  
BECLOSPIN  
BECLOSPRAY  
BÉCOTIDE

Seuls :

BEMÉDREX EASYHALER  
BUDÉSONIDE CRISTERS  
ECOBEC  
FLIXOTIDE  
MIFLASONNE  
NOVOPULMON NOVOLIZER  
PULMICORT  
QVAR  
QVARSPRAY  
...

En association :

INNOVAIR  
DUORESP  
FLUTIFORM  
SERETIDE  
RELVAR  
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 au cours de ces 10 dernières années ?

non  oui

**Si oui à 3**

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

|\_|\_| mois

**Si non à 3**

5. Au cours de ces 10 dernières années, combien d'années avez-vous pris des corticoïdes inhalés ?

|\_|\_| ans

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

|\_|\_| mois

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

non  oui

**Si oui à 7**

8. Avez-vous utilisé des **corticoïdes inhalés (seuls ou en association)** dans les 12 derniers mois ?

non  oui

**Si oui à 8**

9. Quel corticoïde inhalé (seul ou en association) avez-vous le plus fréquemment pris ?

Nom .....

10. Quelle dose de corticoïde inhalé par bouffée (en microgrammes) ?

100-250 par bouffée.  300-500 par bouffée

11. Avez-vous utilisé des corticoïdes inhalés (seuls ou en association) dans les 3 derniers mois ?

non  oui

**Si oui à 11**

12. Les avez-vous utilisés de façon continue au cours des 3 derniers mois ?

non  oui

**Si oui à 12**

13. Précisez le nombre de bouffées par jour :

|\_|\_|

**Broncho  
dilatateurs  
inhalés  
(traitement  
de crise)**

VENTOLINE  
BRICANYL  
SALBUTAMOL  
AIROMIR  
VENTILASTIN  
ATROVENT

14. Avez-vous utilisé des **bronchodilatateurs inhalés (seuls ou en association avec un corticoïde inhalé)** pour soulager rapidement les symptômes (traitement de crise), dans les 12 derniers mois ?

non  oui

**Si oui à 14**

15. Quel bronchodilatateur inhalé (seul ou en association avec un corticoïde inhalé) avez-vous le plus fréquemment pris pour soulager rapidement les symptômes (traitement de crise) ?

Nom .....

16. Avez-vous utilisé des **bronchodilatateurs inhalés (seuls ou en association avec un corticoïde inhalé)** pour soulager rapidement les symptômes (traitement de crise), dans les 3 derniers mois ?

non  oui

**Si oui à 16**

17. En moyenne combien de fois par semaine au cours des 3 derniers mois avez-vous utilisé des bronchodilatateurs inhalés (seuls ou en association avec un corticoïde inhalé) pour soulager rapidement les symptômes (traitement de crise) ?

|\_|\_|  
fois/semaine

### Médicaments par voie orale ou injectable

18. Avez-vous utilisé d'autres médicaments que des médicaments inhalés, pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

non  oui

### Corticoïdes par voie orale ou injectable

SOLUPRED - CORTANCYL - CELESTENE - PREDNISONE - MEDROL - ...

**Si oui à 18.**

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

non  oui

**Si oui à 19**

20. Quel(s) corticoïde(s) par voie orale ou injectable avez-vous le plus fréquemment utilisé ?

Nom(s) : .....

Nombre de cures dans les 12 derniers mois

|\_|\_|  
 non  oui

21. Avez-vous utilisé du Singulair (montélukast) dans les 12 derniers mois ?

### Autres médicaments par voie injectable (appelés biothérapies ou thérapies ciblées ou anticorps monoclonaux)

XOLAIR -- NUCALA -- FASENRA -- CINQAERO -- DUPIXENT -- TEZSPIRE

22. Avez-vous utilisé un autre médicament par voie injectable comme traitement de fond (appelé biothérapie ou thérapie ciblée ou anticorps monoclonal), depuis 10 ans ?

non  oui

**Si oui à 22**

23. Parmi la liste des médicaments cités, lequel (lesquels) avez-vous utilisé(s) ?

a) Nom(s) : .....

Nombre de mois de traitement

Nombre de cures dans les 12 derniers mois

|\_|\_| mois  
|\_|\_|

b) Nom(s) : .....

Nombre de mois de traitement

Nombre de cures dans les 12 derniers mois

|\_|\_| mois  
|\_|\_|

c) Nom(s) : .....

Nombre de mois de traitement

Nombre de cures dans les 12 derniers mois

|\_|\_| mois  
|\_|\_|

### Autres traitements (à recueillir avec les éventuelles ordonnances des participants)

1. Prenez-vous, depuis au moins 1 mois, d'autres traitements en continu (pour les femmes, ne pas inclure la pilule contraceptive) ?

non  oui

**Si oui à 1**

2. Pouvez-vous préciser pour chaque traitement les informations suivantes ?

Nom du médicament	Dosage	Voie d'administration	Nb de prise(s) par jour	Date de début du traitement (mois/année)
.....	.....	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> Inhalé <input type="checkbox"/> Sous-cutané <input type="checkbox"/> Intramusculaire <input type="checkbox"/> Intradermique <input type="checkbox"/> autre	_	_ _ / _ _ _ _
.....	.....		_	_ _ / _ _ _ _
.....	.....		_	_ _ / _ _ _ _

## HOSPITALISATIONS – VISITES MEDICALES

1. Avez-vous vu un médecin pour de l'asthme dans votre vie ?

**Si oui à 1**

non  oui

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

**Si oui à 2**

non  oui

3. Avez-vous vu un médecin généraliste pour de l'asthme ?

non  oui

4. Avez-vous vu un médecin spécialiste pour de l'asthme ?

non  oui

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

non  oui

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

non  oui

**Si oui à 6**

7. Combien de fois ?

|\_|\_| fois

8. A quel âge la première fois ?

|\_|\_| ans

9. Avez-vous été hospitalisé(e) pour une crise d'asthme depuis 10 ans ?

non  oui

**Si oui à 9**

10. Avez-vous été hospitalisé(e) pour une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

non  oui

11. Êtes-vous allé(e) aux urgences (dans un hôpital ou une clinique), pour de l'asthme dans votre vie ?

non  oui

**Si oui à 11**

12. A quel âge la première fois ?

|\_|\_| ans

13. Êtes-vous allé(e) aux urgences (dans un hôpital ou une clinique), pour de l'asthme depuis 10 ans ?

non  oui

**Si oui à 13**

14. Êtes-vous allé(e) aux urgences (dans un hôpital ou une clinique) pour de l'asthme dans les 12 derniers mois ?

non  oui

15. Avez-vous passé une nuit à l'hôpital pour de l'asthme dans votre vie ?

non  oui

**Si oui à 15**

16. A quel âge la première fois ?

|\_|\_| ans

17. Avez-vous passé une nuit à l'hôpital pour de l'asthme depuis 10 ans ?

non  oui

**Si oui à 17**

18. Avez-vous passé une nuit à l'hôpital pour de l'asthme dans les 12 derniers mois ?

non  oui

### Commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## QUESTIONS POUR PREPARER LA POST-VISITE

### Nutrinet

1. Est-ce que vous faites partie de la cohorte NutriNet ? Oui / Non
  - **Si Non à 1**  
*Affiche le message suivant « expliquer au volontaire que dans le cadre d'EGEA, trois questionnaires alimentaires sont à remplir sur la plateforme NutriNet ; pour cela il est nécessaire de créer un compte. Pendant que le volontaire remplira l'auto-questionnaire vous créez un compte NutriNet pour le volontaire »*
  - **Si Oui à 1**  
*Affiche le message suivant « 1) prévenez le volontaire qu'il aura, dans son espace en ligne NutriNet, trois enregistrements alimentaires spécifiques NutriNet à remplir et 2) envoyer un email à l'équipe de coordination [egea.cohorte@inserm.fr](mailto:egea.cohorte@inserm.fr) en indiquant le nom et prénom du volontaire ayant un compte NutriNet ».*
2. Est-ce que vous acceptez de participer au recueil alimentaire Nutrinet ? Oui / non
  - **Si Non à la question 1 et oui à la question 2**  
*Afficher le message suivant « pour la création du compte vous aurez besoin de l'adresse postale, du numéro de téléphone, et de son email, vérifier, auprès du volontaire, que ces informations, disponibles dans le carnet de route, sont correctes »*

### Selles

1. Au cours des trois derniers mois, avez-vous pris des antibiotiques ? Oui / Non
  - Si oui à 1 :**
  - 2. A quand remonte la dernière prise d'antibiotique ? \_\_\_\_/\_\_\_\_ (mois/année)
  - Si oui à 1**  
*Affiche le message suivant « coller sur le kit prélèvement la date à laquelle le volontaire peut recueillir la selle ; soit trois mois APRES la prise d'antibiotique. Par exemple, si la prise d'antibiotique a eu lieu en mars, le recueil de selles peut se faire en juillet.*

### ActiGraph

1. Est-ce que vous êtes droitier ou gaucher ? Droitier / gaucher
2. Est-ce qu'au cours des 7 prochains jours vous allez avoir une activité différente de vos activités habituelles (par exemple vous partez en vacances, vous avez un déplacement professionnel etc.) ? Oui / non
  - **Si oui à 2**
  - 3. L'ActiGraph doit être porté pendant 7 jours consécutifs pendant une période de vie « habituelle ». Pouvez-vous m'indiquer à partir de quelle date vous pourrez porter l'ActiGraph ? \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_\_\_

Message pour l'enquêteur : pensez à paramétrer la date de début de l'ACTiGraph en fonction de la date indiquée par le volontaire, dans le logiciel ActiLife.

4. Est-ce que vous souhaitez voir apparaître l'heure sur l'ActiGraph ? Oui / non
  - **Si oui à 4**  
Message pour l'enquêteur : « Lors du paramétrage de l'actigraph cocher l'option permettant de voir l'heure sur la montre »