

## Questionnaire confidentiel

1. Date de réponse |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|2|0|\_|\_|\_|
2. Date de naissance (mois/année) |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
3. Sexe  masculin  féminin
4. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
- Si oui à 4**
- 5. Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?  non  oui
- 6. Avez-vous eu des sifflements quand vous n'étiez pas enrhumé(e) ?  non  oui
- 7. A quel âge avez-vous eu ces sifflements dans la poitrine pour la première fois ? |\_|\_| ans
- 8. A quelle fréquence avez-vous eu des sifflements dans les 12 derniers mois ?
- 1 Tous les jours
- 2 Au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
- 3 De temps en temps
9. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
10. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
11. Avez-vous eu une crise d'essoufflement APRES un effort intense, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
12. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
13. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui
14. Toussez-vous habituellement en vous levant en hiver ?  non  oui
15. Toussez-vous habituellement pendant la journée ou pendant la nuit en hiver ?  non  oui
- Si oui à 14 ou 15**
- 16. Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ?  non  oui
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 dans 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
20. 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 20**
- 21. Êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?  non  oui
- Si oui à 21**
- 22. 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 22**
- 23. Êtes-vous essoufflé(e) au repos ?  non  oui
24. Dans l'ensemble, depuis l'enquête précédente, pensez-vous que l'état de vos bronches ou de votre respiration ait changé ?  non  oui
25. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?  non  oui
26. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?  non  oui
- Si oui à 26**
- 27. Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?  non  oui
- 28. A quel âge avez-vous eu votre première crise ? |\_|\_| ans
- 29. Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?  non  oui
- Si oui à 29**
- 30. Avez-vous été traité(e) pour vos crises dans les 12 derniers mois ?  non  oui
- 31. Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné dans vos activités, au travail ou chez vous ?
- 1 tout le temps  4 rarement
- 2 la plupart du temps  5 jamais
- 3 quelquefois
- 32. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?
- 1 plus d'une fois par jour  4 1 à 2 fois par semaine
- 2 une fois par jour  5 jamais
- 3 3 à 6 fois par semaine

- 33. *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 ?
- 1 4 nuits ou plus par semaine     4 1 ou 2 fois en tout  
 2 2 à 3 nuits par semaine     5 jamais  
 3 une nuit par semaine

- 34. *Au cours des 4 dernières semaines*, combien de fois avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par aérosol (par exemple Salbutamol, Terbutaline, Ventoline, Airomir, Bricanyl, ... ) ?
- 1 3 fois par jour ou plus     4 1 fois par semaine ou moins  
 2 1 ou 2 fois par jour     5 jamais  
 3 2 ou 3 fois par semaine

- 35. Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?
- 1 pas contrôlé du tout     4 bien contrôlé  
 2 très peu contrôlé     5 totalement contrôlé  
 3 un peu contrôlé

36. Avez-vous utilisé des corticoïdes inhalés (par exemple Flixotide, Pulmicort, Symbicort, Seretide ou Innovair) pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?  non  oui

37. 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, ...) ?  non  oui

**Si oui à 37**

→ 38. Aviez-vous les yeux qui piquent ou qui pleurent quand vous aviez ces problèmes de nez ?  non  oui

→ 39. Avez-vous eu ces problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché, dans les 12 derniers mois ?  non  oui

40. Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ou le rhume des foins ?  non  oui

41. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?  non  oui

**Si oui à 41**

→ 42. Avez-vous eu de l'eczéma dans les 12 derniers mois ?  non  oui

43. Fumez-vous, ou avez-vous fumé par le passé, une cigarette par jour ou plus, pendant au moins un an ?  non  oui

**Si oui à 43**

→ 44. A quel âge avez-vous commencé à fumer ?  |  |  |  ans

→ 45. Combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour en moyenne ?  |  |  |  |

→ 46. Si vous avez arrêté de fumer, depuis combien de temps (si moins de 1 an préciser 1) ?  |  |  |  an(s)

47. Utilisez-vous, ou avez-vous déjà utilisé par le passé, la cigarette électronique ?  non  oui

**Si oui à 47**

→ 48. Pendant combien d'années (si moins de 1 an préciser 1) ?  |  |  |  an(s)

→ 49. Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables ?  non  oui

**Si oui à 49**

→ 50. Quel dosage en nicotine utilisez-vous en moyenne (mg/ml) ?  1 0 (sans nicotine)     3 6-12 mg/ml  
 2 moins de 6 mg/ml     4 13 mg/ml ou plus

→ 51. Combien de temps dure en moyenne une recharge ?  |  |  |  jours     |  |  |  sem     |  |  |  mois

→ 52. Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables (Puffs) ?  non  oui

**Si oui à 52**

→ 53. Indiquez combien de cigarettes électroniques jetables par semaine en moyenne  |  |  |  |

54. Dans votre vie, avez-vous été professionnellement exposé(e) à des poussières, gaz ou vapeurs chimiques ?  non  oui

Avez-vous, ou avez-vous déjà eu, l'un des problèmes de santé suivants :

55. Accident vasculaire cérébral  non  oui    63. Ostéoporose  non  oui

56. Angine de poitrine, crise cardiaque, maladie coronarienne  non  oui    64. Polyarthrite rhumatoïde, Spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique  non  oui

57. Hypertension  non  oui    65. Migraines  non  oui

58. Diabète insulino-dépendant  non  oui    66. Maladie de Crohn  non  oui

59. Diabète non-insulino-dépendant  non  oui    67. Reflux gastro-œsophagien, hernie hiatale ou œsophagite  non  oui

60. Dépression  non  oui    68. Sinusite chronique  non  oui

61. Cancer  non  oui    69. Bronchite chronique, emphysème  non  oui

62. Apnée du sommeil  non  oui