



500 000 **nutrinautes**  
pour étudier les relations  
entre la nutrition et la santé



**ESPACE MEMBRE**

Identifiant: **sirene**

Dernière connexion: 08/07/2016 08:40:28



MON COMPTE

[Mon mot de passe](#)

[Déconnexion](#)



[Retour à la liste](#)

Si vous êtes déconnecté ou si vous fermez le questionnaire, vos réponses seront systématiquement sauvegardées

[Aide](#)

**1 - Introduction**

2 - Santé respiratoire

3 - Asthme

4 - Bronchite chronique ou  
emphysème

5 - Nez

6 - Peau

7 - Sommeil

8 - Commentaires

Les questions qui suivent portent sur la santé respiratoire et les allergies.

Les réponses à toutes les questions sont importantes pour la recherche, qu'elles soient positives ou négatives.

Nous vous remercions chaleureusement de votre participation. En cas de doute, cocher la case "Non".

Suite

- 1 - Introduction
- 2 - Santé respiratoire**
- 3 - Asthme
- 4 - Bronchite chronique ou emphysème
- 5 - Nez
- 6 - Peau
- 7 - Sommeil
- 8 - Commentaires

## Santé respiratoire

---

Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

- Non  Oui

Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

- Non  Oui

Avez-vous eu des sifflements quand vous n'étiez **pas** enrhumé(e) ?

- Non  Oui

A quel âge avez-vous eu ces sifflements dans la poitrine pour première fois ?

an(s)

A quelle fréquence avez-vous eu des sifflements dans les **12 derniers mois** ?

- Tous les jours  
 Au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours  
 De temps en temps

Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

- Non  Oui, une nuit ou plus par semaine  Oui, moins d'une nuit par semaine

Avez-vous eu une crise d'essoufflement au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

- Non  Oui

A quel âge avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée pour la première fois ?

an(s)

Avez-vous eu une crise d'essoufflement APRES un effort intense, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

- Non  Oui

**Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

- Non  Oui, une nuit ou plus par semaine  Oui, moins d'une nuit par semaine

*Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, dans **les 3 derniers mois** ?*

- Non  Oui

**Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?**

- Non  Oui, une nuit ou plus par semaine  Oui, moins d'une nuit par semaine

**Toussez-vous habituellement en vous levant, en hiver ?**

- Non  Oui

*Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant **3 mois de suite** chaque année ?*

- Non  Oui

*Depuis combien d'année(s) tousez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?*

an(s)

Toussez-vous habituellement pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

Non  Oui

*Toussez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ?*

Non  Oui

*Depuis combien d'année(s) tousez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?*

an(s)

Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ?

Non  Oui

*Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant 3 mois de suite chaque année ?*

Non  Oui

*Depuis combien d'année(s) crachez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?*

an(s)

Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

- Non  Oui

*Crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **3 mois de suite** chaque année ?*

- Non  Oui

*Depuis combien d'année(s) crachez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?*

an(s)

Dans les 3 dernières années, vous est-il arrivé de tousser et de cracher (davantage) pendant au moins 3 semaines ?

- Non  Oui

*Cela vous est-il arrivé plus d'une fois ?*

- Non  Oui

Avez-vous eu des épisodes/périodes où vos symptômes (toux, crachats, essoufflement) étaient vraiment pires que d'habitude ?

Non  Oui

Dans les **12 derniers mois** :

Combien de fois avez-vous eu ces épisodes ?

Combien de fois ces épisodes vous ont obligé(e) à consulter un médecin ?

Combien de fois votre traitement a-t-il été modifié suite à ces épisodes ?

Combien de fois êtes-vous allé(e) aux urgences ou avez-vous passé une nuit à l'hôpital suite à ces épisodes ?

Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés pour respirer ?

Non  Oui

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

Marchez-vous difficilement pour une autre raison qu'une maladie cardiaque ou pulmonaire ?

Non  Oui

Décrivez cette raison :

Caractères restants

Etes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

Non  Oui

Etes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

Non  Oui

Vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

Non  Oui

Etes-vous essoufflé(e) au repos ?

Non  Oui

Dans l'ensemble, depuis 10 ans, pensez-vous que l'état de vos bronches ou de votre respiration ait changé ?

Non  Oui

S'est-il :


Amélioré  Aggravé

Votre mère a-t-elle été soignée par un médecin pour de l'asthme ?

Non  Oui

Age de début de sa maladie :

an(s)

Je ne sais pas 

Votre père a-t-il été soigné par un médecin pour de l'asthme ?

**Vous êtes :**

- Homme  Femme

*Avez-vous déjà remarqué que vous aviez des symptômes respiratoires (tels que sifflements dans la poitrine, essoufflement, . . .) à un moment particulier de votre cycle menstruel ?*

- Oui, la semaine qui précédait les règles
- Oui, pendant les règles
- Oui la semaine qui suivait les règles
- Oui, à un autre moment du cycle
- Cela ne me concerne pas (pas de règles)
- Non

◀ Précédent | Suite ▶

 [Retour à la liste](#)

Si vous êtes déconnecté ou si vous fermez le questionnaire, vos réponses seront systématiquement sauvegardées

[Aide](#) 

- 1 - Introduction
- 2 - Santé respiratoire
- 3 - Asthme**
- 4 - Bronchite chronique ou emphysème
- 5 - Nez
- 6 - Peau
- 7 - Sommeil
- 8 - Commentaires

#### Asthme

Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine OU avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

- Non  Oui



- 1 - Introduction
- 2 - Santé respiratoire
- 3 - Asthme**
- 4 - Bronchite chronique ou emphysème
- 5 - Nez
- 6 - Peau
- 7 - Sommeil
- 8 - Commentaires

## Asthme

---

Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine OU avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

Non  Oui

Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?

Non  Oui

Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

Non  Oui

*Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ?*

Non  Oui

*Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?*

Non  Oui

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

Non  Oui

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

Non  Oui

## CRISES D'ASTHME

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

A quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ?

an(s)

A combien de temps remonte votre dernière crise d'asthme (en semaines) ?

Si votre dernière crise était il y a longtemps, vous pouvez répondre en mois ou en années.



Avez-vous eu une période de plusieurs années sans crise ?

Non  Oui



*A quel âge vos crises ont-elles disparu ?*

an(s)

*A quel âge vos crises ont-elles réapparu ?*

an(s)

#### ETAT DE FOND

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

Quelle est (était) en moyenne la fréquence de vos crises ?

- 1 crise par jour ou plus
- 1 crise par semaine ou plus ↩
- 1 crise par mois ou plus
- Moins d'1 crise par mois

Entre vos crises, votre respiration est (était)-elle normale ?

- Non
- Oui ↩

#### DANS LES 12 DERNIERS MOIS

Dans les 12 derniers mois, vos crises sont (étaient)-elles plus fréquentes ou plus graves certain mois de l'année ?

- Non
- Oui ↩

Quels mois ?

- Janvier
- Février
- Mars
- Avril
- Mai
- Juin
- Juillet
- Août
- Septembre
- Octobre
- Novembre
- Décembre

Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des épisodes d'au moins 2 jours où vos crises d'asthme étaient vraiment pires que d'habitude ?

- Non
- Oui ↩

Etes-vous allé(e) aux urgences ou avez-vous passé une nuit à l'hôpital suite à un de ces épisodes ?

- Non
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois et plus ↩

Avez-vous pris des corticoïdes oraux (Solupred, Cortancyl, Celestene, Prednisone, Medrol,...) **pendant au moins 3 jours** suite à ces épisodes ?

- Non
- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois et plus ↩

Votre traitement a-t-il été modifié suite à ces épisodes (changement de médicaments, augmentation du traitement) ?

- Non
- Oui ↩

Précisez :

Caractères restants

**DANS LES 3 DERNIERS MOIS**

Combien de crises avez-vous eu dans les 3 derniers mois ?

crise(s)

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
- Plus d'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

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**

**Veuillez 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.**

**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
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

**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

**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

**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
- 1 ou 2 fois par jour
- 2 ou 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine ou moins
- Jamais

**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

**EFFETS AIGUS / FACTEURS MODIFIANT LES CRISES**


Répondez pour vos crises des 12 derniers mois, mais si vos crises ont cessé depuis plus d'un an, répondez pour la période où vous aviez des crises (plusieurs choix possibles).

Quels sont les évènements qui provoquent (provoquaient) vos crises ?

- Poussières, plumes, laines
- Endroits humides
- Pollens
- Tonte du gazon
- Ramassage des feuilles humides
- Climatisation
- Animaux
- Exercice
- Stress, émotion
- Odeurs
- Vin, alcool
- Manger un aliment particulier
- Médicaments
- Infection nasale
- Pièce enfumée (tabac)
- Exposition professionnelle
- Autres irritants (chimiques, fumées, vapeurs, poussières)
- Pollution atmosphérique
- Temps
- Changement de climat
- Altitude (plus de 1500 mètres)
- Froid
- Forte chaleur
- Changement de domicile
- Autres facteurs déclenchant des crises

## MEDICAMENTS INHALES


Avez-vous déjà utilisé des corticoïdes inhalés\* ? (\*corticoïdes inhalés : Flixotide, Seretide, Pulmicort, Symbicort, Becotide, Qvar, Miflasone, Innovair...)

Non  Oui 

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à prendre, pour la première fois, **des corticoïdes inhalés** ?

an(s)


Avez-vous pris des corticoïdes inhalés **chaque année depuis 10 ans** ?

Non  Oui 


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

mois


Avez-vous utilisé des corticoïdes inhalés\* pour améliorer votre respiration à un moment quelconque dans les **12 derniers mois** ? (\*corticoïdes inhalés : Flixotide, Seretide, Pulmicort, Symbicort, Becotide, Qvar, Miflasone, Innovair...)

Non  Oui 


Lequel parmi la liste des corticoïdes inhalés avez-vous le plus fréquemment pris :

- Flixotide
- Seretide
- Pulmicort
- Symbicort
- Becotide 
- Qvar
- Miflasone
- Innovair
- Autre :


Quelle dose par bouffée (en microgrammes) :

- 100-250 par bouffée 
- 300-500 par bouffée

Avez-vous utilisé des corticoïdes inhalés dans les **3 derniers mois** ?

Non  Oui 


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

Non  Oui 


Précisez le nombre de bouffées par jour

bouffée(s) par jour


Avez-vous utilisé des **bronchodilatateurs inhalés\*** (**\*bronchodilatateurs inhalés :** Ventoline, Bricanyl, Salbutamol, Airomir, Maxair, Asmasal, Ventilastin,..) dans les **12 derniers mois** ?

Non  Oui 

Lequel parmi la liste de bronchodilatateurs inhalés avez-vous le plus fréquemment pris :

- Ventoline
- Bricanyl
- Salbutamol
- Airomir 
- Maxair
- Asmasal
- Ventilastin
- Autre :


Avez-vous utilisé des **bronchodilatateurs inhalés** dans les **3 derniers mois** ?

Non  Oui 

En moyenne combien de fois par semaine au cours des **3 derniers mois** avez-vous utilisé des **bronchodilatateurs inhalés** ?

fois par semaine


Avez-vous utilisé d'**autres médicaments inhalés\*** pour améliorer votre respiration à un moment quelconque dans les **12 derniers mois** ?

Non  Oui 

Lequel parmi la liste des **autres médicaments inhalés** avez-vous le plus fréquemment pris :

- Spiriva
- Atrovent 
- Autre :


Avez-vous utilisé ce traitement de **façon continue** dans les **3 derniers mois** ?

Non  Oui 




**MEDICAMENTS - PAR VOIE ORALE ET INJECTABLE**


Avez-vous utilisé des pilules, gélules, comprimés ou médicaments (autres que médicaments inhalés) pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, dans les **12 derniers mois** ?

Non  Oui 

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

Non  Oui 


Lequel parmi la liste des corticoïdes *par voie orale ou injectable* avez-vous le plus fréquemment utilisé :

- Solupred
- Cortancyl
- Celestene
- Prednisone 
- Medrol
- Kenacort
- Autre :


Combien de cures dans les **12 derniers mois** ?

cure(s)

Avez-vous utilisé du *Singulair* dans les **12 derniers mois** ?

Non  Oui 

Avez-vous utilisé du *Xolair* dans les **12 derniers mois** ?

Non  Oui 

### HOSPITALISATIONS - VISITES MEDICALES

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

Non  Oui



Combien de fois ?

fois

A quel âge la première fois ?

an(s)

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

Non  Oui



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

Non  Oui



A quel âge ?

an(s)

Etes-vous allé(e) aux urgences (dans un hôpital ou clinique) pour de l'asthme dans les **12 derniers mois** ?

Non  Oui



Combien de fois dans **les 12 derniers mois** ?

fois

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

Non  Oui



A quel âge ?

an(s)

*Avez-vous passé une nuit à l'hôpital dans les 12 derniers mois ?*

Non  Oui



*Combien de nuit avez-vous passé à l'hôpital dans les 12 derniers mois ?*

nuit(s)

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

Non  Oui



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

Non  Oui



*Avez-vous vu :*  
*un médecin généraliste ?*

Non  Oui



*un médecin spécialiste ?*

Non  Oui



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

Non  Oui



## QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES ASTHMATIQUES


**Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 2 dernières semaines à cause de votre asthme.**

A QUEL POINT VOUS ETES-VOUS SENTI(E) LIMITE(E) PAR VOTRE ASTHME POUR FAIRE LES ACTIVITES SUIVANTES AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES ?

**Activités demandant un EFFORT PHYSIQUE IMPORTANT (par exemple : vous dépêcher, faire de l'exercice, monter un escalier en courant, faire du sport)**

Complètement limité(e)  Extrêmement limité(e)  Très limité(e)  Moyennement limité(e)  Un peu limité(e)  Très peu limité(e)  Pas limité(e) du tout 

**Activités demandant un EFFORT PHYSIQUE MODERE (par exemple : faire une marche, faire le ménage, jardiner, faire les courses, monter un escalier)**

Complètement limité(e)  Extrêmement limité(e)  Très limité(e)  Moyennement limité(e)  Un peu limité(e)  Très peu limité(e)  Pas limité(e) du tout 

**ACTIVITES AVEC LES AUTRES (par exemple : parler, jouer avec des animaux/des enfants, rendre visite à des amis/des parents)**

Complètement limité(e)  Extrêmement limité(e)  Très limité(e)  Moyennement limité(e)  Un peu limité(e)  Très peu limité(e)  Pas limité(e) du tout 

**ACTIVITES PROFESSIONNELLES (tâches que vous devez faire au travail\*)**

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

Complètement limité(e)  Extrêmement limité(e)  Très limité(e)  Moyennement limité(e)  Un peu limité(e)  Très peu limité(e)  Pas limité(e) du tout 

**DORMIR**

Complètement limité(e)  Extrêmement limité(e)  Très limité(e)  Moyennement limité(e)  Un peu limité(e)  Très peu limité(e)  Pas limité(e) du tout 

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

Au cours de ces 2 dernières semaines avez-vous été gêné(e) (physiquement ou psychologiquement) par une sensation d'OPPRESSION DANS LA POITRINE ?

- Extrêmement gêné(e)  Très gêné(e)  Assez gêné(e)  Moyennement gêné(e)  Un peu gêné(e)  Presque pas gêné(e)  Pas gêné(e) du tout



EN GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES :

Avez-vous été INQUIET(E) PARCE QUE VOUS AVEZ DE L'ASTHME ?

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



Avez-vous été ESSOUFLE(E) à cause de votre asthme ?

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



Avez-vous eu des problèmes d'asthme A CAUSE D'UNE EXPOSITION A LA FUMEE DE CIGARETTES ?

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



Avez-vous noté des SIFFLEMENTS dans votre poitrine quand vous respiriez ?

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



Avez-vous dû EVITER UNE SITUATION OU UN LIEU A CAUSE DE LA FUMEE DE CIGARETTES ?

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



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

Au cours de ces 2 dernières semaines, avez-vous été gêné(e) (physiquement ou psychologiquement) par LA TOUX ?

- Extrêmement gêné(e)  Très gêné(e)  Assez gêné(e)  Moyennement gêné(e)  Un peu gêné(e)  Presque pas gêné(e)  Pas gêné(e) du tout



EN GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES :

**Avez-vous eu un SENTIMENT DE FRUSTRATION parce que vous ne pouvez pas faire ce que vous vouliez à cause de votre asthme ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous ressenti une sensation de PESANTEUR DANS LA POITRINE ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous été INQUIET(E) PARCE QUE VOUS DEVEZ PRENDRE DES MEDICAMENTS pour l'asthme ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous ressenti le besoin de vous RACLER LA GORGE ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous eu des problèmes d'asthme A CAUSE D'UNE EXPOSITION A LA POUSSIERE ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous eu du MAL A EXPIRER OU INSPIRER (SOUFFLER OU PRENDRE DE L'AIR) à cause de votre asthme ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous dû éviter UNE SITUATION OU UN LIEU A CAUSE DE LA POUSSIERE ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Vous êtes-vous REVEILLE(E) LE MATIN AVEC DES PROBLEMES D'ASTHME ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous eu PEUR DE NE PAS AVOIR VOS MEDICAMENTS pour l'asthme sous la main ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous été gêné(e) parce que vous aviez DU MAL A RESPIRER ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Avez-vous des problèmes d'asthme à cause DU TEMPS OU DE LA POLLUTION ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais



**Vous êtes-vous REVEILLE(E) LA NUIT à cause de votre asthme ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais




**Avez-vous dû EVITER D'ALLER DEHORS OU LIMITER VOS SORTIES A CAUSE DU TEMPS OU DE LA POLLUTION ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais




EN GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES :

**Avez-vous eu des problèmes d'asthme A CAUSE D'UNE EXPOSITION A DES ODEURS OU DES PARFUMS FORTS ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais 

**Avez-vous eu PEUR D'ETRE A BOUT DE SOUFFLE ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais 


**Avez-vous dû EVITER UNE SITUATION OU UN LIEU A CAUSE D'ODEURS OU DE PARFUMS FORTS ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais 

**Votre asthme vous a-t-il EMPECHE DE PASSER UNE BONNE NUIT ?**


- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais 

**Avez-vous eu l'impression de DEVOIR FAIRE DE GROS EFFORTS POUR RESPIRER ?**

- Tout le temps  Presque tout le temps  Assez souvent  Parfois  Rarement  Très rarement / presque jamais  Jamais 

A QUEL POINT VOUS ETES-VOUS SENTI(E) LIMITE(E) PAR VOTRE ASTHME POUR FAIRE LES ACTIVITES SUIVANTES AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES ?

**Pensez à L'ENSEMBLE DES ACTIVITES que vous auriez aimé faire au cours de ces 2 dernières semaines : DANS QUELLE MESURE LE NOMBRE DE CES ACTIVITES A-T-IL ETE LIMITE à cause de votre asthme ?**

- Extrêmement limité(e) (j'ai dû renoncer à la plupart de ces activités)  
 Très limité(e)  
 Moyennement limité(e) (j'ai dû renoncer à plusieurs de ces activités)   
 Un peu limité(e)  
 Très peu limité(e) (j'ai dû renoncer à très peu de ces activités)  
 Pratiquement pas limité(e)  
 Pas limité(e) du tout (j'ai fait toutes les activités que je voulais faire)

**De façon générale, en pensant à TOUTES LES ACTIVITES que vous avez faites au cours de ces 2 dernières semaines : VOUS ETES VOUS SENTI(E) LIMITE(E) PAR VOTRE ASTHME ?**

- Complètement limité(e)  Extrêmement limité(e)  Très limité(e)  Moyennement limité(e)  Un peu limité(e)  Très peu limité(e)  Pas limité(e) du tout 