

Santé respiratoire et allergies

Introduction

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

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

En cas de doute, cochez la case "non".

Nous vous remercions chaleureusement de votre participation.

Santé respiratoire

Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

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

Oui Non

A quelle fréquence avez-vous eu des sifflements dans les 6 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 6 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 6 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense, à un moment quelconque, dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 6 derniers mois ?

Non

Oui, une nuit ou plus par semaine

Oui, moins d'une nuit par semaine

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

Oui Non

Dans les 6 derniers mois, combien de fois avez-vous eu ces épisodes ?

Dans les 6 derniers mois, combien de fois ces épisodes vous ont obligé(e) à consulter un médecin ?

Dans les 6 derniers mois, combien de fois votre traitement a-t-il été modifié suite à ces épisodes ?

Dans les 6 derniers mois, 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 ?

Oui Non

Avez-vous ces difficultés :

Continuellement (donc votre respiration n'est jamais tout à fait complètement 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 ?

Oui Non

Décrivez cette raison :

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

Oui Non

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

Oui Non

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

Oui Non

Etes-vous essoufflé(e) au repos ?

Oui Non

Asthme

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

Oui Non

Attention, vous avez déclaré dans le questionnaire précédent avoir déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ou des crises d'asthme. Veuillez confirmer ou infirmer votre réponse à la question précédente :

Je confirme que je n'ai jamais eu de crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ou des crises d'asthme

J'ai déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ou des crises d'asthme

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

Oui Non

Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

Oui Non

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

Oui Non

Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

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

Oui Non

Avez-vous été traité(e) dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

Crises d'asthme

Merci de répondre 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 ?

Semaines

Mois

Années

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

Oui Non

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 6 derniers mois. Mais si vos crises ont cessé depuis plus de 6 mois, répondez pour la période où vous aviez des crises.

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

1 crise par jour

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 ?

Oui Non

Avez (aviez)-vous des :

Sifflements

- Sifflements et léger essoufflement
- Essoufflement limitant votre activité

Dans les 6 derniers mois

Dans les 6 derniers mois, vos crises sont (étaient)-elles plus fréquentes ou plus graves certains mois de l'année ?

- Oui Non

Quel(s) mois ?

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

Dans les 6 derniers mois, avez-vous eu des épisodes d'au moins 2 jours où vos crises d'asthme étaient vraiment pires que d'habitude ?

- Oui Non

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...)?

Oui Non

Précisez :

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

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.

Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné 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 (ex : 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
- Totalelement contrôlé

Médicaments inhalés

Avez-vous utilisé des corticoïdes inhalés* pour améliorer votre respiration à un moment quelconque dans les 6 derniers mois ? (*corticoïdes inhalés : flixotide, seretide, pulmicort, symbicort, qvar, miflasone, innovair...)

- Oui Non

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

- Flixotide
- Seretide
- Pulmicort
- Symbicort

- Becotide
- Qvar
- Miflasone
- Innovair
- Autre

Veillez préciser :

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 ?

- Oui Non

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

- Oui Non

Précisez le nombre de bouffées par jour :

Avez-vous utilisé des bronchodilatateurs inhalés* (*bronchodilatateurs inhalés : ventoline, bricanyl, salbutamol, airomir, maxair, asmasal, ventilastin...) dans les 6 derniers mois ?

- Oui Non

Lequel parmi la liste des bronchodilatateurs inhalés avez-vous le plus fréquemment pris ?

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

Veillez préciser :

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

- Oui Non

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 6 derniers mois ?

Oui Non

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

Spiriva

Atrovent

Autre

Veillez préciser :

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

Oui Non

Médicaments 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 6 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous utilisé des corticoïdes par voie orale ou injectable dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

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

Solupred

Cortancyl

Celestene

Prednisone

Medrol

Kenacort

Autre

Veillez préciser :

Combien de cures dans les 6 derniers mois ?

cure(s)

Avez-vous utilisé du Singulair dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous utilisé du Xolair dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

Hospitalisations et visites médicales

Avez-vous été hospitalisé(e) pour une crise d'asthme dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

Combien de fois ?

fois

Etes-vous allé(e) aux urgences (dans un hôpital ou une clinique) pour de l'asthme dans les 6 derniers

mois ?

Oui Non

Combien de fois dans les 6 derniers mois ?

fois

Avez-vous passé une nuit à l'hôpital dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

Combien de nuits avez-vous passé à l'hôpital dans les 6 derniers mois ?

Avez-vous vu un médecin pour de l'asthme dans les 6 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous vu un médecin généraliste ?

Oui Non

Avez-vous vu un médecin spécialiste ?

Oui Non

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

Oui Non

Qualité 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 des 2 dernières semaines à cause de votre asthme.

A quel point vous êtes-vous senti(e) limité(e) par votre asthme pour faire les activités suivantes au cours de ces 2 dernières semaines ?

Activités demandant un effort physique important (ex : vous dépêcher, faire de l'exercice, monter un escalier, 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 modéré (ex : 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

Activités avec les autres (ex : parler, jouer avec les animaux/les 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

Activités 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)

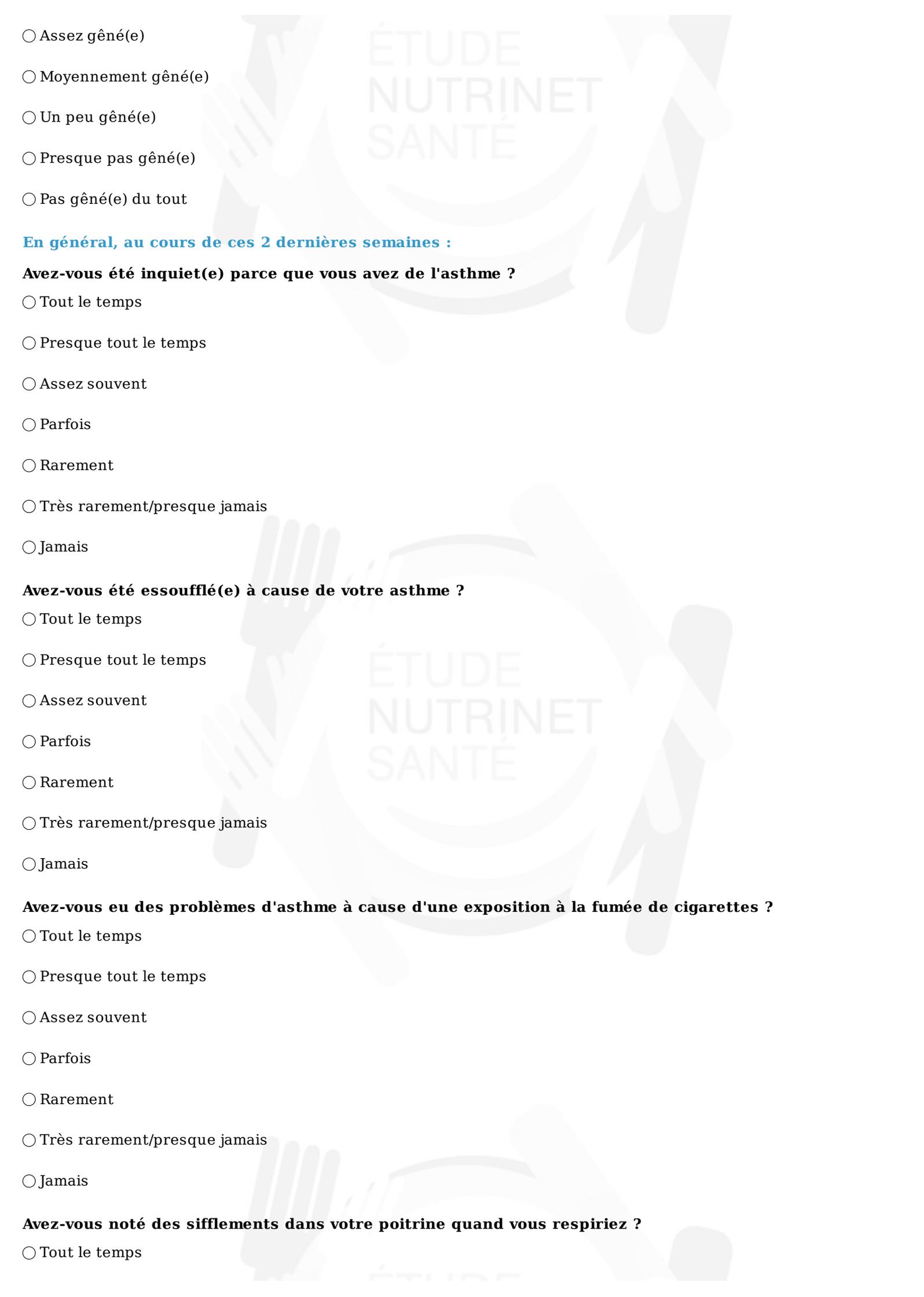
Pas limité(e) du tout

A quel point avez-vous été gêné(e) (physiquement ou psychologiquement) au cours de ces 2 dernières semaines ?

Au cours des 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 général, au cours de ces 2 dernières 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 essoufflé(e) à cause de votre asthme ?

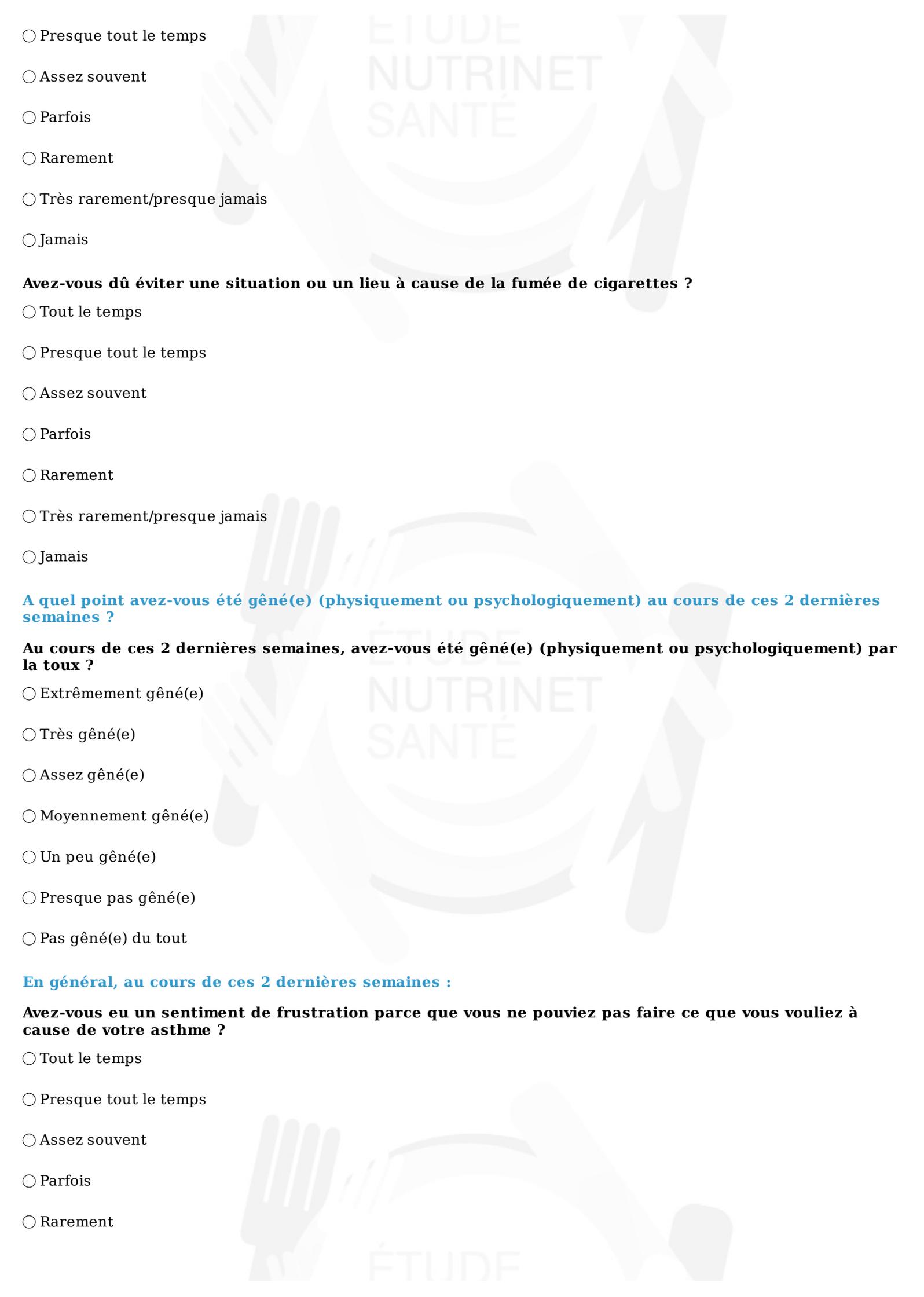
- Tout le temps
- Presque tout le temps
- Assez souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement/presque jamais
- Jamais

Avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause d'une exposition à la fumée 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 éviter une situation ou un lieu à cause de la fumée de cigarettes ?

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

A quel point avez-vous été gêné(e) (physiquement ou psychologiquement) au cours de ces 2 dernières 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 général, au cours de ces 2 dernières semaines :

Avez-vous eu un sentiment de frustration parce que vous ne pouviez 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 deviez prendre des médicaments 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 à cause d'une exposition à la poussière ?

Tout le temps

Presque tout le temps

Assez souvent

Parfois

- Rarement
- Très rarement/presque jamais
- Jamais

Avez-vous eu du mal à 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 à cause de la poussière ?

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

Vous êtes-vous réveillé(e) le matin avec des problèmes 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 médicaments 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 à respirer ?

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

Avez-vous eu 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 réveillé(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 éviter d'aller dehors ou de limiter vos sorties à cause du temps ou de la pollution ?

- Tout le temps
- Presque tout le temps

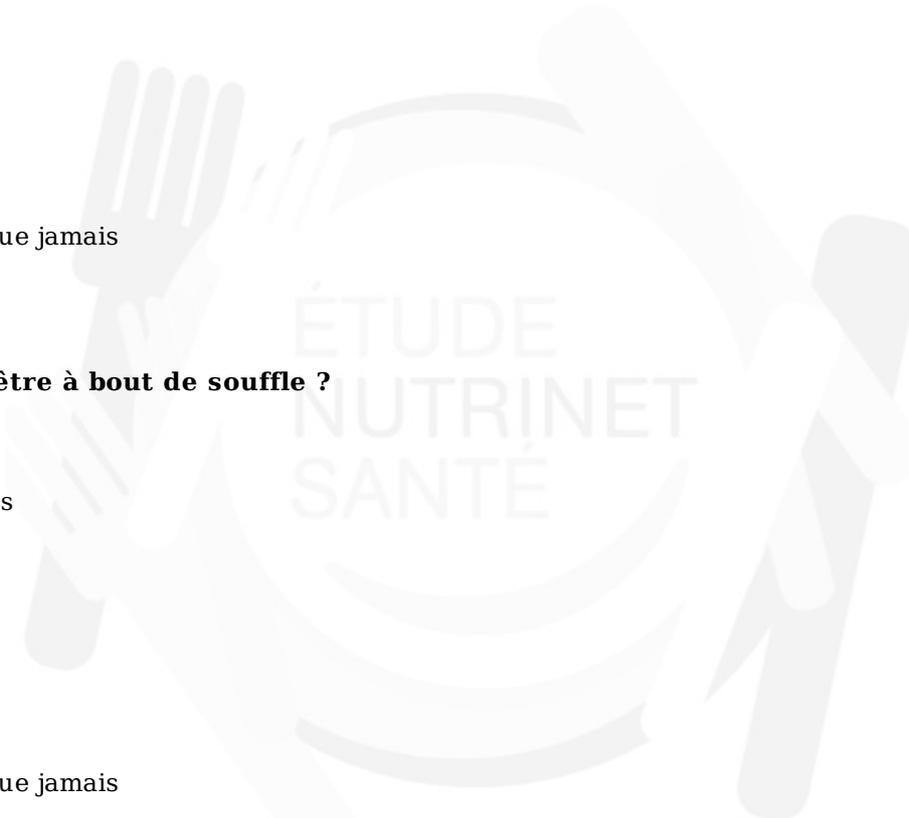
- 
- Assez souvent
 - Parfois
 - Rarement
 - Très rarement/presque jamais
 - Jamais

En général, au cours de ces 2 dernières semaines :

Avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause d'une exposition à des odeurs ou à des parfums forts ?

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

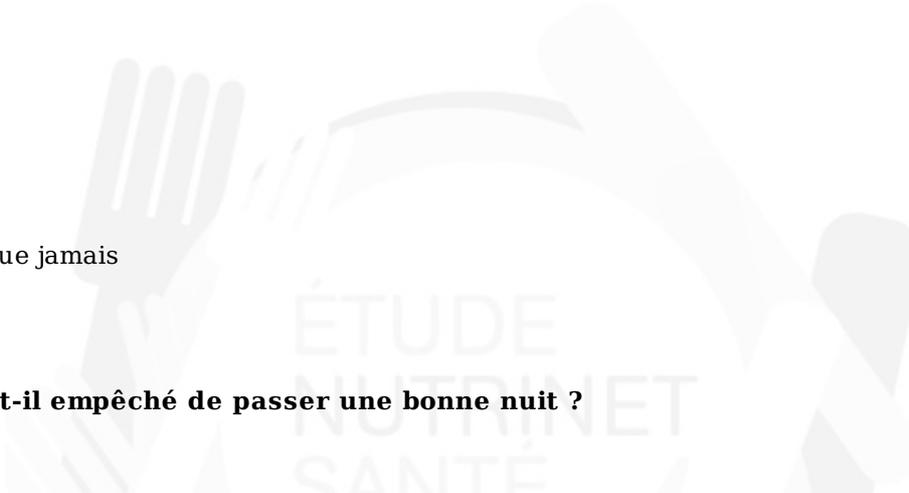
Avez-vous eu peur d'être à bout de souffle ?

- 
- 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 à 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 empêché 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 êtes-vous senti(e) limité(e) par votre asthme pour faire les activités suivantes au cours de ces 2 dernières semaines ?

Pensez à l'ensemble des activités que vous auriez aimé faire au cours de ces 2 dernières semaines. Dans quelle mesure le nombre de ces activités a-t-il été limité à cause de votre asthme ?

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

De façon générale, en pensant à toutes les activités que vous auriez faites au cours de ces 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) limité(e) par votre asthme ?

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

Jamais

Commentaires

Commentaires