

DATE DE REPONSE

/ /

jour mois année

DATE DE NAISSANCE
(pour vérification)

/ /

jour mois année

Les questions qui suivent portent sur la santé respiratoire, les allergies et sur certains facteurs environnementaux. Les réponses à toutes les questions sont importantes pour la recherche, qu'elles soient positives ou négatives.

Veuillez trouver ci-dessous quelques instructions pour compléter au mieux le questionnaire :

- écrire avec un stylo noir, en majuscules d'imprimerie,
- éviter de rayer et de déborder des cases,
- en cas de doute, cocher la case « non ».

Nous vous remercions chaleureusement de votre participation*

SANTE RESPIRATOIRE

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

Non Oui

2. Si oui, avez-vous été essouffée, même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

Non Oui

3. Avez-vous eu des sifflements quand vous n'étiez **pas** enrhumée ?

Non Oui

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

ans

5. 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

6. Vous êtes-vous réveillée 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

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

Non Oui

8. Si oui, à quel âge avez-vous eu une crise d'essoufflement, au repos, pendant la journée pour la première fois ?

ans

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

Non Oui

10. Avez-vous été réveillée 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

11. Si oui, avez-vous été réveillée par une crise d'essoufflement, dans les **3 derniers mois** ?

Non Oui

12. Si oui, en moyenne, avez-vous été réveillée par une crise d'essoufflement, **au moins une fois par semaine** dans les **3 derniers mois** ?

Non Oui

13. Si oui, combien de fois par semaine, **en moyenne**, avez-vous été réveillée par une crise d'essoufflement, dans les **3 derniers mois** ?

fois

14. Avez-vous été réveillée 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

* Certaines d'entre vous ont déjà été invitées à répondre à un questionnaire similaire il y a deux ans. La comparaison des réponses permettra d'étudier l'évolution de votre santé.

1



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

Non Oui

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

Non Oui

17. Si oui, tousez-vous comme cela presque tous les jours pendant **3 mois de suite** chaque année ?

Non Oui

18. Si oui, depuis combien d'année(s) tousez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?

an(s)

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

Non Oui

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

Non Oui

21. Si oui, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **3 mois de suite** chaque année ?

Non Oui

22. Si oui, depuis combien d'année(s) crachez-vous comme cela (3 mois de suite chaque année) ?

an(s)

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

Non Oui

24. Si oui, cela vous est-il arrivé plus d'une fois ? Non Oui

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

Non Oui

Si oui, dans **les 12 derniers mois** :

26. Combien de fois avez-vous eu ces épisodes ?

27. Combien de fois ces épisodes vous ont obligée à consulter un médecin ?

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

29. Combien de fois êtes-vous allée aux urgences ou avez-vous passé une nuit à l'hôpital suite à ces épisodes ?

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

Non Oui

31. Si 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

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

Non Oui

33. Si oui, décrivez cette raison :

34. Êtes-vous essoufflée en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

Non Oui

35. Si oui, êtes-vous essoufflée quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

Non Oui

36. Si oui, vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

Non Oui

37. Si oui, êtes-vous essoufflée au repos ?

Non Oui



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

Non Oui → 39. Si oui, s'est-il : amélioré aggravé

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

41. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

Non Oui → 42. Si oui, ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ? Non Oui

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

44. Avez-vous été traitée pour vos crises ?

Non Oui → 45. Si oui, avez-vous été traitée dans les **12 derniers mois** ? Non Oui

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

Non Oui → 47. Si oui, âge de début de sa maladie : ans Je ne sais pas

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

Non Oui → 49. Si oui, âge de début de sa maladie : ans Je ne sais pas

50. Quand vous étiez réglée, avez-vous remarqué que vous aviez des symptômes respiratoires (tels que sifflements dans la poitrine, essouffement,...) à un moment particulier de votre cycle menstruel ? (Cochez une seule case)

Oui, la semaine qui précède les règles Oui, pendant les règles Oui, la semaine qui suit les règles Oui, à un autre moment du cycle Non

CRISES D'ASTHME

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

1. A quel âge avez-vous eu votre **première crise d'asthme** ? ans

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

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 → 4. Si oui, à quel âge vos crises ont-elles disparu ? ans

5. A quel âge vos crises ont-elles réapparu ? ans

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.

1. 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

2. Entre vos crises, votre respiration est (était)-elle normale ? Non Oui

3. Si non, avez-vous des :

sifflements sifflements et léger essouffement essouffement limitant votre activité

3



DANS LES 12 DERNIERS MOIS

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

Non Oui

2. Si oui, quels mois ?

Jan Fev Mar Avr Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Dec

3. 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

4. Si oui, êtes-vous allée 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

5. 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

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

Non Oui

7. Si oui, précisez :

DANS LES 3 DERNIERS MOIS

1. Combien de crises avez-vous eu dans les **3 derniers mois** ? crise(s)

2. Combien de fois vous êtes-vous réveillée 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

3. 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 sentie au cours de ces 4 dernières semaines à cause de votre asthme.

1. Au cours des **4 dernières semaines**, votre **asthme** vous a-t-il gênée dans vos activités, au travail ou chez vous ?

tout le temps la plupart du temps quelquefois rarement jamais

2. Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflée ?

plus d'une fois par jour une fois par jour 3 à 6 fois par semaine 1 ou 2 fois par semaine jamais

3. 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 réveillée 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

4. 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

5. 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

4



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.

1. Quels sont les événements qui provoquent (provoquaient) vos crises?

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

BRONCHITE CHRONIQUE OU EMPHYSEME

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

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Non | Oui |
| a) Bronchite chronique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Emphysème | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) BPCO (forme non spécifiée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu oui à au moins une des trois propositions, répondez aux questions n°2 à n°5.
Si vous avez répondu non aux trois propositions, passez directement à la question n°6.

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

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 de l'autre de ces maladies.

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

4. Comment ce diagnostic a-t-il été réalisé ?

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Spirométrie (mesure du souffle) | <input type="checkbox"/> Radiographie du thorax | <input type="checkbox"/> Tomodensitométrie du thorax (scanner thoracique) | <input type="checkbox"/> Symptômes / examen médical |
|--|---|---|---|

5. 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

6. Vous a-t-on mesuré votre fonction ventilatoire au cours des 2 dernières années (mesure du souffle) ?

Non Oui

7. Si oui, quel était votre volume expiratoire maximal forcé en 1 seconde (VEMS) ?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> anormal (moins de 80% de la valeur théorique) | <input type="checkbox"/> normal (80 à 120% de la valeur théorique) | <input type="checkbox"/> je ne sais pas |
|--|--|---|

NEZ

1. Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumée et n'aviez pas de grippe ?

Non → Si non, passez directement à la question n°13

Oui → 2. Si oui, aviez-vous les yeux qui piquent ou qui pleurent quand vous aviez ces problèmes de nez ? Non Oui

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

4. A quand remonte le dernier épisode ? semaines

Si cet épisode était il y a longtemps, vous pouvez répondre en mois ou années

5. Avez-vous eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumée et n'aviez pas la grippe dans les **12 derniers mois** ?

Non → 6. Si non, à quel âge ces symptômes ont-ils disparu ? ans

Oui → 7. Si oui, pendant lequel ou lesquels de ces **12 derniers mois** avez-vous eu ces problèmes de nez ?

Jan Fev Mar Avr Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Dec

8. Durant les **12 derniers mois**, quels facteurs ont déclenché ou augmenté ces problèmes de nez ?

acariens ou poussières de maison pollens animaux pollution atmosphérique autres, précisez :

9. Avez-vous déjà eu ce problème pendant **plus de 4 jours** au cours de la même semaine dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui → 10. Si oui, est-ce que cela est arrivé pendant plus de **4 semaines consécutives** ?

Non Oui → 11. Si oui, est-ce que cela est arrivé pendant plus de **3 mois par an** ? Non Oui

12. Pour chacun des problèmes suivants, veuillez indiquer combien il a été important dans les **12 derniers mois** :

	Pas de problème (symptômes non présents)	Un problème qui est/était présent, mais non gênant	Un problème gênant mais n'affectant pas les activités journalières ou le sommeil	Un problème qui affecte certaines activités ou le sommeil
Le nez qui coule comme de l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nez bouché (impression d'être incapable de respirer par le nez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nez qui démange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des éternuements particulièrement violents et par crises	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les yeux qui pleurent, rouges, qui piquent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ?

Non Oui → 14. Si oui, à quel âge pour la première fois ? ans

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

Non Oui → 16. Si oui, à quel âge pour la première fois ? ans

17. Avez-vous utilisé des sprays de corticoïdes **par voie nasale** pour soigner des symptômes du nez dans les **12 derniers mois** ?

Nasacort, Nasonex, Avamys, Rhinocort, Beconase, ...

Non Oui

18. Avez-vous utilisé des traitements antihistaminiques/anti-allergiques **par voie orale** pour soigner des symptômes du nez dans les **12 derniers mois** ?

Aerius, Xyzall, Clarytine, Kestin, Virlix, Zyrtec, ...

Non Oui

PEAU

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

Non Oui

2. Si oui, à quel âge ces rougeurs sont-elles apparues pour la première fois ? ans

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

Non

4. Si non, à quel âge ces rougeurs ont-elles disparu complètement ? ans

Oui

5. Si oui, 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

6. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

Non Oui

7. Si oui, à quel âge pour la première fois ? ans

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

Non

9. Si non, à quel âge a-t-il complètement disparu ? ans

Oui

10. Si oui, quels ont été les facteurs qui ont provoqué votre eczéma dans les **12 derniers mois** ?

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

11. Avez-vous déjà eu des plaques rouges qui grattent ou qui brûlent comme après une piqûre d'ortie ?

Non Oui

12. Si oui, est-ce que ces plaques avaient tendance à se déplacer à différents endroits de votre corps ?

Non Oui

SOMMEIL

1. Vous a-t-on déjà dit que vous ronfliez quand vous dormez ?

Non

Oui

2. Si oui, dans les **12 derniers mois** :

Jamais Rarement Parfois Souvent Tout le temps

a) Vous a-t-on dit que vous arrêtiez de respirer ou que votre respiration était irrégulière, quand vous dormiez ?

b) Vous êtes-vous réveillée tout à coup, avec une sensation de suffocation ou sans arriver à respirer ?

c) Vous a-t-on dit que vous ronfliez bruyamment, ou que vos ronflements perturbaient les autres personnes ?

3. Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous faisiez de l'apnée du sommeil ?

Non Oui

4. Avez-vous déjà eu des brûlures d'estomac ou des renvois, quand vous étiez couchée au lit ?

Non Oui

5. Si oui, en avez-vous eu dans les **3 derniers mois** ?

Non Oui, moins d'une fois par semaine Oui, 1 à 2 fois par semaine Oui, 3 à 5 fois par semaine Oui, presque toutes les nuits

7

TABAC *

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

Non → Si non, passez directement à la question n°14 (Tabac Passif)

Oui → 2. Si oui, à quel âge avez-vous commencé à fumer ? ans

Si vous êtes actuellement une ex-fumeuse, passez à la question n°10

3. Combien de cigarettes fumez-vous actuellement en moyenne ?

Nombre de cigarettes : par jour ou par semaine

4. Depuis combien de temps fumez-vous comme cela ? année(s) ou mois

5. Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?

dans les 5 minutes entre 6 et 30 minutes entre 31 et 60 minutes plus de 60 minutes

6. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ? Non Oui

7. A quelle cigarette de la journée vous serait-il le plus difficile de renoncer ?

la première une autre

8. Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ? Non Oui

9. Fumez-vous lorsque vous êtes si malade que vous devez rester au lit presque toute la journée ? Non Oui

Si vous avez diminué votre consommation ou arrêté de fumer :

10. En moyenne, avant d'arrêter de fumer ou de diminuer, combien de cigarettes fumiez-vous ?

Nombre de cigarettes : par jour ou par semaine

11. Pendant combien de temps avez-vous fumé comme cela ? année(s) ou mois

Si vous avez arrêté de fumer :

12. Depuis combien de temps ? année(s) ou mois

13. Avez-vous arrêté de fumer à cause de vos bronches ? Non Oui

TABAC PASSIF *

14. A part vous-même, combien de personnes vivent actuellement dans le même appartement ou la même maison que vous ? personne(s)

15. Parmi celles-ci, combien sont des fumeurs ? personne(s)

Si vous êtes (ou avez été) mariée / en couple :

16. Votre conjoint fume-t-il ou a-t-il fumé depuis le moment où vous avez vécu ensemble ?

Non Oui → 17. Si oui, sa consommation est (était)-elle ?
 légère (moins de 9 cigarettes par jour) moyenne (entre 10 et 20 cigarettes par jour) élevée (plus d'un paquet par jour)

18. Fume-t-il actuellement ? Non Oui

19. Combien d'heures par jour êtes-vous exposée à la fumée des autres ? heure(s)

Si une heure ou plus :

20. Combien d'heures par jour êtes-vous exposée à la fumée de tabac des autres dans les lieux suivants ?

20a. au domicile heure(s)

20b. ailleurs heure(s)

21. Votre mère était-elle fumeuse quand vous étiez enfant ? Non Oui

22. Votre père était-il fumeur quand vous étiez enfant ? Non Oui

8

* Vous demander régulièrement des informations sur le tabac est particulièrement utile à la recherche scientifique dans le domaine respiratoire. Nous vous remercions vivement d'y répondre.

TACHES DOMESTIQUES

1. Vous faites-vous aider pour faire le ménage à votre domicile (comme par exemple : par des membres de la famille, des amis, une aide à domicile) ? Non Oui

Pouvez-vous nous décrire les activités de ménage que vous effectuez personnellement

	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
2. Dans les 12 derniers mois , combien de jours par semaine avez-vous fait personnellement le ménage à votre domicile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les tâches suivantes (dans les **12 derniers mois**) ?

	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
a) Nettoyer la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Faire la lessive à la main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Faire la lessive à la machine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Bricoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les opérations de nettoyage suivantes (dans les **12 derniers mois**) ?

	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur, battre les tapis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Passer la serpillière ou lessiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nettoyer la cuvette des toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Lustrer, cirer le parquet/ les meubles, shampooiner tapis/moquettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Nettoyer les vitres ou les miroirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé (dans les **12 derniers mois**) ?

- Les **produits de nettoyage** suivants :

	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
a) Tout nettoyant liquide (sauf produits de vaisselle et lessive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cires et produits pour lustrer (sols, meubles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ammoniac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Acides y compris détartrants, liquides pour enlever le tartre, vinaigre, acide chlorhydrique,...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Détachants et autres solvants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Produits de nettoyages parfumés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Eau de javel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Les **sprays ou aérosols** suivants :

	Jamais	Occasionnellement (moins d'1 jour par semaine)	Régulièrement (1 à 3 jour(s) par semaine)	Tous les jours ou presque (4 à 7 jours par semaine)
a) Sprays ou aérosols pour les meubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sprays ou aérosols pour les vitres ou miroirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Sprays ou aérosols pour laver le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sprays ou aérosols pour dégraisser ou pour nettoyer le four	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Sprays ou aérosols anti-mauvaises odeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Insecticide, pesticide ou acaricide en sprays ou aérosols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Autres sprays ou aérosols (repassage, tapis, rideaux,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DOMICILE ET DEPLACEMENT

Cette partie du questionnaire est faite pour évaluer le plus précisément possible votre exposition personnelle à différents facteurs environnementaux, et en particulier la pollution atmosphérique.

1. Dans les **12 derniers mois**, combien de temps en moyenne (heures, minutes) passez-vous **quotidiennement** :

	Un jour de semaine ou un jour de travail en été	Un jour de semaine ou un jour de travail en hiver	Un jour de congé (weekend, vacances) en été	Un jour de congé (weekend, vacances) en hiver
--	--	--	--	--

A VOTRE DOMICILE

A l'intérieur (sommeil inclus)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
--------------------------------	---	---	---	---

A l'extérieur (jardin, balcon, terrasse)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
--	---	---	---	---

EN DEPLACEMENT

(pour se promener, pour aller faire des courses, pour aller au travail, pour aller chercher des enfants à l'école, pour aller chez des amis/famille, etc...) ?

A pied	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
--------	---	---	---	---

A vélo	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
--------	---	---	---	---

En métro	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
----------	---	---	---	---

En tramway	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
------------	---	---	---	---

En train	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
----------	---	---	---	---

En bus	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
--------	---	---	---	---

En voiture (ou taxi)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
----------------------	---	---	---	---

En moto (ou scooter)	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m	<input type="text"/> <input type="text"/> h <input type="text"/> <input type="text"/> m
----------------------	---	---	---	---

2. Quel que soit votre moyen de transport (voiture, vélo, marche,...), quelle situation décrit le mieux la circulation automobile au cours de la majorité de vos trajets ?

Circulation fluide
 Circulation dense
 Encombrement

3. A quel point êtes-vous gênée par la pollution atmosphérique (circulation automobile, usine,...) quand vous laissez la fenêtre ouverte à votre domicile ? Cochez sur le trait ci-dessous.

Pas du tout Insupportable

4. A quel point êtes-vous gênée par le bruit extérieur quand vous laissez la fenêtre ouverte à votre domicile ?

Pas du tout Insupportable

5. Depuis combien d'années habitez-vous dans votre logement actuel ? ans

6. Passez-vous plus de 6 semaines par an à une autre adresse (par exemple : résidence secondaire) ?

Non Oui → 7. Si oui, quelle est cette adresse ?

N° : Rue :

Code Postal : Ville :

Pays :



HISTOIRE PROFESSIONNELLE

1. Etes-vous femme au foyer ? Non Oui
2. Travaillez-vous ou avez-vous déjà travaillé durant votre vie ?

Non → Si non, passez à la page suivante.

- Oui → 3. Si oui, en quelle année avez-vous commencé à travailler ? Année:
4. Avez-vous déjà été professionnellement exposée à des poussières, fumées, gaz ou vapeurs chimiques ? Non Oui
5. Travaillez-vous actuellement ? Non Oui

6. Si non, êtes-vous à la retraite ?

Non Oui → 7. Si oui, depuis quelle année ? Année:

Décrivez avec le plus de précision possible, comme pour l'exemple ci-dessous, les 2 derniers métiers que vous avez exercés au moins 6 mois (ne pas décrire votre période de retraite si vous l'avez prise).

Exemple :

Année début : 2000

Année fin : 2002

Quel est (était) votre métier ? *Personnel d'entretien et d'accueil (OEA)*

Dans quel secteur d'activité êtes (étiez)-vous ? *Education Nationale*

Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?

Assurer le nettoyage et l'entretien des locaux et des surfaces, veiller au maintien en état de bon fonctionnement des installations, participer au service de restauration, recevoir, renseigner et orienter les personnels et usagers.

Dernier métier (1)

8. Année début:
ou âge début:

9. Année fin :
ou âge fin :

10. Quel est (était) votre métier ?

11. Dans quel secteur d'activité êtes (étiez)-vous ?

12. Pouvez-vous nous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?

.....
.....
.....

Métier précédent (2)

13. Année début :
ou âge début :

14. Année fin :
ou âge fin :

15. Quel est (était) votre métier ?

16. Dans quel secteur d'activité êtes (étiez)-vous ?

17. Pouvez-vous nous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?

.....
.....
.....

MEDICAMENTS INHALES

1. Avez-vous déjà utilisé des **corticoïdes inhalés** ?

Non Oui

Corticoïdes inhalés :

Flixotide,
Seretide,
Pulmicort,
Symbicort,
Becotide,
Qvar,
Miflasone,
Innovair...

2. Si oui, quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à prendre, pour la première fois, des **corticoïdes inhalés** ? an(s)

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

Oui

4. Si oui, **en moyenne**, combien de mois par an les avez-vous pris ? mois

Non

5. Si non, **combien d'années**, depuis 10 ans, avez-vous pris des corticoïdes inhalés ? an(s)

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

8. Si oui, avez-vous utilisé des **corticoïdes inhalés** dans les **12 derniers mois** ?

Non

9. Si oui, lequel parmi la liste des **corticoïdes inhalés** avez-vous le plus fréquemment pris ?

Oui

Nom :

Corticoïdes inhalés :

Flixotide,
Seretide,
Pulmicort,
Symbicort,
Becotide,
Qvar,
Miflasone,
Innovair...

10. Quelle dose par bouffée (en microgrammes) : 100-250 par bouffée
 300-500 par bouffée

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

Non

Oui

12. Si oui, les avez-vous utilisés de **façon continue** au cours des **3 derniers mois** ?

Non

Oui

13. Si oui, précisez le nombre de bouffées par jour : bouffées par jour

14. Avez-vous utilisé des **bronchodilatateurs inhalés** dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui

Broncho-dilatateurs inhalés :

Ventoline,
Bricanyl,
Salbutamol,
Airomir,
Maxair,
Asmasal,
Ventilastin,...

15. Si oui, lequel parmi la liste de **bronchodilatateurs inhalés** avez-vous le plus fréquemment pris ?

Nom :

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

Non

Oui

17. Si oui, en moyenne combien de fois par semaine au cours des **3 derniers mois** avez-vous utilisé des **bronchodilatateurs inhalés** ? fois par semaine

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

Non Oui

Autres médicaments inhalés :

Spiriva,
Atrovent,...

19. Si oui, lequel parmi la liste des **autres médicaments inhalés** avez-vous le plus fréquemment pris ?

Nom :

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

Non

Oui

12



MEDICAMENTS - PAR VOIE ORALE ET INJECTABLE

1. 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 →

2. Si oui, avez-vous utilisé des **corticoïdes par voie orale ou injectable** dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui →

Corticoïde par voie orale ou injectable :

Solupred,
Cortancyl,
Celestene,
Prednisone,
Medrol,
Kenacort,...

3. Si oui, lequel parmi la liste des **corticoïdes par voie orale ou injectable** avez-vous le plus fréquemment utilisé ?

Nom :

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

5. Avez-vous utilisé du **Singulair** dans les **12 derniers mois** ? Non Oui

6. Avez-vous utilisé du **Xolair** dans les **12 derniers mois** ? Non Oui

HOSPITALISATIONS - VISITES MEDICALES

1. Avez-vous été hospitalisée pour une crise d'asthme dans votre vie ?

Non Oui →

2. Si oui, combien de fois ? fois

3. A quel âge la première fois ? ans

4. Avez-vous été hospitalisée pour une crise d'asthme dans les **12 derniers mois** ? Non Oui

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

Non Oui →

6. Si oui, à quel âge ? ans

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

Non Oui → 8. Si oui, combien de fois dans les **12 derniers mois** ? fois

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

Non Oui →

10. Si oui, à quel âge ? ans

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

Non Oui → 12. Si oui, combien de nuit avez-vous passé à l'hôpital dans les **12 derniers mois** ? fois

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

Non Oui →

14. Si oui, avez-vous vu un médecin pour de l'asthme dans les **12 derniers mois** ?

Non Oui → Si oui, avez-vous vu:

15. un médecin généraliste ? Non Oui

16. un médecin spécialiste ? Non Oui

17. 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 sentie au cours de ces **2 dernières semaines** à cause de votre asthme.

A QUEL POINT VOUS ETES-VOUS SENTIE LIMITEE PAR VOTRE ASTHME POUR FAIRE LES ACTIVITES SUIVANTES AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES ?

	Complètement limitée	Extrêmement limitée	Très limitée	Moyennement limitée	Un peu limité	Très peu limitée	Pas limitée du tout
1. Activités demandant un EFFORT PHYSIQUE IMPORTANT (par exemple: vous dépêcher, faire de l'exercice, monter un escalier en courant, faire du sport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Activités demandant un EFFORT PHYSIQUE MODERE (par exemple: faire une marche, faire le ménage, jardiner, faire les courses, monter un escalier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ACTIVITES AVEC LES AUTRES (par exemple: parler, jouer avec des animaux/les enfants, rendre visite à des amis/des parents)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ACTIVITES PROFESSIONNELLES (tâches que vous devez faire au travail *) <i>* si vous n'avez pas d'emploi rémunéré, pensez aux tâches que vous devez faire presque tous les jours</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. DORMIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Extrêmement gênée	Très gênée	Assez gênée	Moyennement gênée	Un peu gênée	Presque pas gênée	Pas gênée du tout
6. Au cours de ces 2 dernières semaines, avez-vous été gênée (physiquement ou psychologiquement) par une sensation d'OPPRESSION DANS LA POITRINE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
7. Avez-vous été INQUIETE PARCE QUE VOUS AVEZ DE L'ASTHME ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous été ESSOUFFLEE à cause de votre asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous eu des problèmes d'asthme A CAUSE D'UNE EXPOSITION A LA FUMEE DE CIGARETTES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous noté des SIFFLEMENTS dans votre poitrine quand vous respiriez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous dû EVITER UNE SITUATION OU UN LIEU A CAUSE DE LA FUMEE DE CIGARETTES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Extrêmement gênée	Très gênée	Assez gênée	Moyennement gênée	Un peu gênée	Presque pas gênée	Pas gênée du tout
12. Au cours de ces 2 dernières semaines, avez-vous été gênée (physiquement ou psychologiquement) par LA TOUX ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
13. Avez-vous eu un SENTIMENT DE FRUSTRATION parce que vous ne pouviez pas faire ce que vous vouliez à cause de votre asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous ressenti une sensation de PESANTEUR DANS LA POITRINE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous été INQUIETE PARCE QUE VOUS DEVEZ PRENDRE DES MEDICAMENTS pour l'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous ressenti le besoin de vous RACLER LA GORGE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous eu des problèmes d'asthme A CAUSE D'UNE EXPOSITION A LA POUSSIÈRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous eu du MAL A EXPIRER OU INSPIRER (SOUFFLER OU PRENDRE DE L'AIR) à cause de votre asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous dû EVITER UNE SITUATION OU UN LIEU A CAUSE DE LA POUSSIÈRE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Vous êtes-vous REVEILLEE LE MATIN AVEC DES PROBLEMES D'ASTHME ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Avez-vous eu PEUR DE NE PAS AVOIR VOS MEDICAMENTS pour l'asthme sous la main ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous été gênée parce que vous aviez DU MAL A RESPIRER ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause du TEMPS OU DE LA POLLUTION ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Vous êtes-vous REVEILLEE LA NUIT à cause de votre asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avez-vous dû EVITER D'ALLER DEHORS OU LIMITER VOS SORTIES A CAUSE DU TEMPS OU DE LA POLLUTION ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN GENERAL, AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
26. Avez-vous eu des problèmes d'asthme A CAUSE D'UNE EXPOSITION A DES ODEURS OU A DES PARFUMS FORTS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Avez-vous eu PEUR D'ETRE A BOUT DE SOUFFLE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Avez-vous dû EVITER UNE SITUATION OU UN LIEU A CAUSE D'ODEURS OU DE PARFUMS FORTS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Votre asthme vous a-t-il EMPECHE DE PASSER UNE BONNE NUIT ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Avez-vous eu l'impression de DEVOIR FAIRE DE GROS EFFORTS POUR RESPIRER ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A QUEL POINT VOUS ETES-VOUS SENTIE LIMITEE PAR VOTRE ASTHME POUR FAIRE LES ACTIVITES SUIVANTES AU COURS DE CES 2 DERNIERES SEMAINES ?

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

31. 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 ?

Complètement limitée	Extrêmement limitée	Très limitée	Moyennement limitée	Un peu limité	Très peu limitée	Pas limitée du tout
----------------------	---------------------	--------------	---------------------	---------------	------------------	---------------------

32. De façon générale, en pensant à TOUTES LES ACTIVITES que vous avez faites au cours de ces 2 dernières semaines : VOUS ETES VOUS SENTIE LIMITEE PAR VOTRE ASTHME ?

UN DERNIER MOT SUR VOTRE OPINION SUR LE QUESTIONNAIRE

INTERET DU QUESTIONNAIRE

Très intéressant Intéressant Intérêt moyen Peu intéressant Pas intéressant du tout

CLARTE DU QUESTIONNAIRE

Très clair Assez clair Moyennement clair Difficile à comprendre Incompréhensible

LONGUEUR DU QUESTIONNAIRE

Trop court Court Raisonnable Un peu trop long Beaucoup trop long

Si vous le souhaitez, autres commentaires

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Renvoyez-nous le questionnaire dans l'enveloppe timbrée.

Conformément aux dispositions de la loi de 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que: l'équipe INSERM chargée de l'étude E3N est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez; - celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, détection et prise en charge de certaines pathologies; - sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront vous être communiquées et les informations médicales communiquées au médecin de votre choix. Si vous constatez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées; il est possible de cesser de participer en cours d'étude.

