

Nom : .....

Prénom : .....

Date : .....

*LES QUESTIONS QUI SUIVENT CHERCHENT A DETERMINER L'IMPORTANCE DES PROBLEMES RESPIRATOIRES QUE VOUS AVEZ PU RESSENTIR AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS. REPONDEZ EN METTANT UNE CROIX DANS LA CASE CORRESPONDANT A VOTRE REPONSE POUR CHAQUE QUESTION*

	Presque tous les jours de la semaine (5 - 7 jours)	Plusieurs jours par semaine (2 - 4 jours)	Quelques jours par mois	Seulement pendant une infection respiratoire	Pas du tout
1) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous toussé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous craché ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été essoufflé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des crises de sifflement dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu de crise grave ?				<b>Plus de 3 crises.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>3 crises.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>2 crises.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>1 crise.....</b>	<input type="checkbox"/>
<i>(passez à la question 7 si vous n'avez pas eu de crise grave)</i>					
6) Au cours des 12 derniers mois, combien de temps a duré la crise la plus pénible ?				<b>Une semaine ou plus.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>3 jours ou plus.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>1 ou 2 jours.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>Moins d'une journée.....</b>	<input type="checkbox"/>
7) Au cours des 12 derniers mois, dans une semaine ordinaire, combien avez-vous eu de journées sans grand problème respiratoire ?				<b>Aucune journée.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>1 ou 2 jours.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>3 ou 4 jours.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>Presque tous les jours.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>Tous les jours.....</b>	<input type="checkbox"/>
8) Quand vous avez des sifflements, est-ce pire le matin ?				<b>Oui.....</b>	<input type="checkbox"/>
				<b>Non.....</b>	<input type="checkbox"/>

## SECTION 1

REPONDEZ EN METTANT UNE CROIX DANS LA CASE CORRESPONDANT A VOTRE REPONSE POUR CHAQUE QUESTION

QUE PENSEZ-VOUS DE VOTRE ETAT RESPIRATOIRE ?

- C'est mon plus gros problème.....
- Cela me pose pas mal de problèmes.....
- Cela me pose quelques problèmes.....
- Cela ne me pose aucun problème.....

SI VOUS AVEZ OU SI VOUS AVEZ EU UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE :

- Mes problèmes respiratoires m'ont obligé(e) à ne plus travailler.....
- Mes problèmes respiratoires m'empêchent parfois de travailler.....
- Mes problèmes respiratoires ne m'empêchent pas de travailler.....

## SECTION 2

VOICI QUELQUES SITUATIONS QUI HABITUELLEMENT, VOUS ESSOUFFLENT. REPONDEZ EN METTANT UNE CROIX DANS LA CASE CORRESPONDANT A VOTRE SITUATION CES JOURS-CI

- |  | VRAI                     | FAUX                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Etre assis au repos.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Faire sa toilette ou s'habiller.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcher dans la maison.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcher à l'extérieur sur terrain plat.....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monter un étage.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Monter une côte.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pratiquer une activité physique ou sportive..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## SECTION 3

VOICI ENCORE QUELQUES SITUATIONS CONCERNANT VOTRE TOUX ET VOTRE ESSOUFFLEMENT. VOULEZ-VOUS SIGNALER CELLES QUI CORRESPONDENT A VOTRE ETAT CES JOURS-CI :

- |  | VRAI                     | FAUX                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Cela me fait mal quand je tousse.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cela me fatigue quand je tousse.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je suis essoufflé(e) quand je parle.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je suis essoufflé(e) quand je me penche.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ma toux ou ma respiration perturbe mon sommeil.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Je m'épuise vite en faisant une activité quotidienne (par exemple : toilette habillage, ménage)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### SECTION 4

*VOICI D'AUTRES EFFETS QUE VOS PROBLEMES RESPIRATOIRES PEUVENT ENTRAINER CHEZ VOUS. VEUILLEZ SIGNALER CEUX QUI S'APPLIQUENT A VOUS CES JOURS-CI :*

	VRAI	FAUX
Devant les autres, je me sens gêné(e) de tousser ou d'être essoufflé(e) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mes problèmes respiratoires gênent ma famille, mes amis ou mon voisinage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai peur ou je panique quand je n'arrive plus à respirer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je sens que je ne peux pas contrôler ma respiration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je pense que mon état respiratoire ne va pas s'améliorer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je suis devenu(e) un grand malade en raison de mon état respiratoire.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'exercice physique est dangereux pour moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tout me demande un effort.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### SECTION 5

*CETTE SECTION CONCERNE VOTRE TRAITEMENT (MEDICAMENTS, AEROSOLS, OXYGENE, KINESITHERAPIE...)*

	VRAI	FAUX
Mon traitement ne m'aide pas beaucoup.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Devant les autres, je me sens gêné(e) de suivre mon traitement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon traitement a des effets désagréables chez moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mon traitement me gêne beaucoup dans ma vie de tous les jours.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### SECTION 6

*CETTE SECTION CONCERNE LES ACTIVITES QUOTIDIENNES QUI POURRAIENT ETRE GENEES PAR VOTRE RESPIRATION*

	VRAI	FAUX
J'ai besoin de beaucoup de temps pour faire ma toilette ou pour m'habiller.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas prendre un bain ou une douche, ou alors j'ai besoin de beaucoup de temps pour le faire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je marche plus lentement que les autres ou je m'arrête pour me reposer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des travaux comme le ménage me prennent beaucoup de temps ou je dois m'arrêter pour me reposer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je monte un étage, je dois aller lentement ou m'arrêter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si je me dépêche ou si je marche vite, je dois m'arrêter ou ralentir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma respiration rend pénible les activités telles que monter une côte, porter des objets en montant un étage, effectuer des travaux légers de jardinage, danser, jouer aux boules.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma respiration rend pénible les activités telles que porter des charges lourdes, bêcher le jardin, déblayer la neige, faire du jogging ou marcher rapidement, jouer au tennis, nager.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma respiration rend pénible les activités telles que les travaux manuels lourds, la course à pied, le vélo, la natation rapide ou les sports de compétition.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 7**

*DECRIVEZ AVEC QUELLE INTENSITE VOTRE ETAT RESPIRATOIRE RETENTIT D'ORDINAIRE SUR VOTRE VIE QUOTIDIENNE ?*

	<b>VRAI</b>	<b>FAUX</b>
Je ne peux pratiquer aucun sport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas sortir pour me distraire ou me détendre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas sortir faire les courses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas faire le ménage ou bricoler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je ne peux pas m'éloigner beaucoup de mon lit ou de mon fauteuil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*MAINTENANT, POURRIEZ-VOUS COCHER LA CASE CORRESPONDANT A CE QUI DECRIT LE MIEUX, SELON VOUS, LA MANIERE DONT VOTRE ETAT RESPIRATOIRE VOUS GENE (COCHEZ UNE SEULE CASE)*

- Cela ne m'empêche pas de faire ce que je veux.....
- Cela m'empêche de faire une ou deux choses que j'aurais envie de faire.....
- Cela m'empêche de faire la plupart des choses que j'aurais envie de faire.....
- Cela m'empêche de faire tout ce que j'aurais envie de faire.....

*MERCI D'AVOIR REMPLI CE QUESTIONNAIRE. AVANT DE TERMINER, VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN REPONDU A TOUTES LES QUESTIONS.*