

Exemple de questionnaire à faire remplir par le patient

Demandez au patient de répondre aux questions suivantes afin d'évaluer ses difficultés respiratoires.

Antécédents médicaux

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire | <input type="checkbox"/> Rhume des foins (rhinite) | <input type="checkbox"/> Allergies saisonnières |
| <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac |
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxie | <input type="checkbox"/> Polypes (croissances) dans le nez | |
| <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires | <input type="checkbox"/> Incapacité à respirer par le nez | |
| <input type="checkbox"/> Exposition à des substances inhalées au travail | | |
| <input type="checkbox"/> Autres problèmes pulmonaires _____ | | |

Antécédents familiaux (mère, père, sœur, frère)

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Rhume des foins (rhinite) |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Autres problèmes pulmonaires _____ | |

Signes et symptômes

Toussez-vous, ou avez-vous la respiration sifflante, ou présentez-vous des essoufflements ou une oppression thoracique? Si oui, quand?

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Le jour | <input type="checkbox"/> La nuit | <input type="checkbox"/> Pendant l'activité physique ou le jeu |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|

Votre respiration est plus difficile à certains moments de l'année?

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Quand _____ |
|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|

Éprouvez-vous des difficultés à respirer qui vous obligent à manquer le travail ou l'école?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Avez-vous déjà été hospitalisé à cause de difficultés respiratoires?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Avez-vous déjà été au service d'urgence à cause de difficultés respiratoires?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Environnement

Avez-vous des animaux domestiques?

Oui

Non

Si oui, quels types d'animaux domestiques? _____

Fumez-vous ou avez-vous déjà fumé?

Oui

Non

Si oui, combien de cigarettes par jour? _____

Depuis combien de temps? _____ (ans)

Si vous avez arrêté de fumer, cela fait combien de temps? _____ (ans)

Si vous n'avez pas arrêté de fumer, voulez-vous arrêter?

Oui

Non

Vivez-vous avec quelqu'un qui fume?

Oui

Non

Toussez-vous ou avez-vous la respiration sifflante, ou présentez-vous des essoufflements ou une oppression à la poitrine pendant la semaine, mais non les fins de semaine lorsque vous n'êtes pas au travail ou à l'école?

Oui

Non

Quel est votre métier (profession)?

Quelles activités évitez-vous en raison de difficultés respiratoires?

Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à respirer lorsqu'il fait froid ou pendant l'activité physique?

Oui

Non

Quand vos difficultés respiratoires ont-elles débuté?
