



QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM : _____ Prénom : _____

Age _____ Poids : _____ Taille : _____

Niveau scolaire _____

Allergies connues :

- Pneumallergènes : _____
- Alimentaires : _____
- Médicamenteuses : _____

ANTECEDENTS

1 - Antécédents familiaux :

	Père	Mère	Fratric
Asthme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhinite allergique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eczéma :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjonctivite Allergique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie Alimentaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - Antécédents personnels :

- Asthme du nourrisson
- Eczéma
- Rhinite allergique
- Conjonctivite allergique
- Bronchiolites
- Allergie(s) alimentaire(s)
- Autres : _____

HISTOIRE DE L'ASTHME

1 - Circonstances de début (de la maladie pulmonaire et allergique)

Age de début : _____ ans

Hospitalisation pour asthme : Oui - Non Si oui nombre : _____

Hospitalisation en réanimation : Oui - Non Si oui nombre : _____

Hospitalisation autre : Oui - Non Si oui précisez motif : _____

- Gravité de l'asthme : Asthme Intermittent Asthme Persistant Léger
 Asthme Persistant Modéré Asthme Persistant Sévère
- Asthme contrôlé Asthme partiellement contrôlé Asthme non contrôlé

2 - Etat actuel :

- Crises d'asthme diurnes Oui - Non
 - Si oui < à 1 / jour - > à 1 / jour - > à 1 / semaine - > à 1 / mois - < à 1 / mois
- Crises d'asthme nocturnes Oui - Non
 - Si oui < à 1 / nuit - > à 1 / nuit - > à 1 / semaine - > à 1 / mois - < à 1 / mois
- Asthme d'effort Oui - Non
 - Si oui fréquence du recours aux bronchodilatateurs de courte durée d'action en dehors de la prévention de l'asthme d'effort :
 - > à 1 / jour : combien ? _____ - > à 1 / semaine : combien ? _____
 - > à 1 / mois : combien ? _____ - < à 1 / mois : combien ? _____
- Bronchites : Oui - Non - Si oui, fréquence : _____
- Hospitalisation : Oui - Non - Si oui, combien : _____
- Surinfections ORL : Oui - Non - Si oui, fréquence : _____
- Autres pathologies : Oui - Non - Précisez : _____ Fréquence : _____
- Tabagisme : **Actif** Oui - Non **Passif** Oui - Non
- Absentéisme scolaire : Oui - Non - Si oui, nombre de jours d'absence dans l'année : _____
- Présence d'animaux au domicile : Oui - Non - Si oui lesquels : _____
- Traitements déjà effectués :
 - Traitement de fond : Oui - Non Bonne observance : Oui - Non
 - Cures de corticoïdes per os : Oui - Non - Si oui fréquence : _____
 - Antibiothérapie : Oui - Non - Si oui fréquence : _____
 - Désensibilisation : Oui - Non
 - Kinésithérapie respiratoire : Oui - Non
 - Suivi extérieur : Orthophonie Orthodontie
 Psychologie Autre Précisez : _____

3 - Examens complémentaires déjà effectués

- Tests cutanés : (à cocher si positifs)

Date : _____

Acariens Blattes chat chien cheval

Graminées Alternaria Latex Arbres - Précisez : _____

Alimentaires - Précisez : _____

Autres - Précisez : _____

- Dosage des IgE Totales : _____ UI/ml - Date : _____

- Dosage des IgE Spécifiques : Oui - Non - Si oui joindre copie des résultats

- Exploration Fonctionnelle Respiratoire Oui - Non - si oui joindre copie des résultats

- Test ENO Exhalé : Oui - Non - Si oui, résultat : _____ PPB - Date : _____

- Radiographie : - Pulmonaire : Date : _____ (A joindre si récentes)

- Sinus : Date : _____ (A joindre si récentes)

VACCINATIONS

L'admission est subordonnée à la communication des preuves de vaccinations obligatoires à jour, soit par une copie du carnet de santé ou de vaccination, soit par un certificat détaillé, récent (- de 3 mois).

MALADIES INFECTIEUSES

Coqueluche Oui - Non Date : _____

Rougeole Oui - Non Date : _____

Varicelle Oui - Non Date : _____

Scarlatine Oui - Non Date : _____

Oreillons Oui - Non Date : _____

Rubéole Oui - Non Date : _____

Autres maladies : _____

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Amygdales Oui - Non Date : _____

Végétations Oui - Non Date : _____

Appendicectomie Oui - Non Date : _____

Ectopie testiculaire Oui - Non Date : _____

Autres : _____

Transfusion sanguine au cours des 12 derniers mois : Oui - Non - Date : _____

Si oui, nous joindre le dossier transfusionnel

TRAITEMENT ACTUEL

(Joindre copie de l'ordonnance en cours, à défaut détailler ci-dessous)

- **Traitement de fond** : Oui - Non
 - Antihistaminiques : Oui - Non - Si oui lequel : _____
 - Antileucotriènes : Oui - Non
 - Corticoïdes inhalés : Oui - Non - Si oui lesquels : _____
- Associations BDLA/corticoïdes : Oui - Non - si oui lesquelles : _____
- **Traitement en cas de crise** :
 - Broncho-dilatateurs : _____
 - Plan d'action en cas d'urgence : Oui - Non
 - Corticoïdes Per Os : Oui - Non
- **Désensibilisation spécifique** Sublinguale - Sous-cutanée :
 - Si oui, Allergène : _____ Concentration : _____ Dose : _____ Rythme : _____
- **Trousse d'urgence si allergie(s) alimentaire(s)** : Oui - Non - Avec ANAPEN : Oui - Non
- **Autre(s) Traitement(s)** : _____
- Bonne observance thérapeutique : Oui - Non
- A-t'il ou elle déjà fréquenté une école de l'asthme : Oui - Non
- **Objectifs du séjour associés à la PEC respiratoire (A numéroter par ordre de préférence)** :
 - Réhabilitation à l'effort
 - Education thérapeutique
 - PEC Diététique
 - PEC Psychologique
 - Autre : _____

(Afin de mieux nous aider à améliorer la PEC de vos patients, merci de nous indiquer si ce questionnaire vous a semblé :

Non satisfaisant Peu satisfaisant Satisfaisant Très Satisfaisant

Suggestion(s) d'amélioration(s) éventuelle(s) : _____

Cachet du médecin

A _____

Le _____

Signature du médecin :

"Conformément à la loi 78-17 du 06 Janvier 1978 la personne concernée pourra obtenir communication et rectification de toute information de ce questionnaire qui figurerait dans un fichier. Ce droit d'accès pourra être exercé auprès de l'établissement destinataire du questionnaire. Il est signalé que les réponses aux questions sont facultatives mais que leur absence peut entraver la prise en charge du dossier."