



QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LA FAMILLE

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Né(e) le** _____

Nombre de frères et sœurs _____ L'enfant est-il l'aîné, le 2^{ème}, le 3^{ème}, le 4^{ème} le _____

Profession du père _____ de la mère : _____

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Y-a-t-il dans la famille d'autres cas d'asthme ou d'affections allergiques?

Oui Non Je ne sais pas

Si oui, précisez :

Père :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Mère :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Frères et sœurs :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Grands-parents Paternels :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Grands-parents Maternels :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Oncles et tantes Paternels :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>
Oncles et tantes Maternels : ..	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Je ne sais pas <input type="checkbox"/>

Autre(s) antécédent(s) du père : _____

Autre(s) antécédent(s) de la mère de l'enfant : _____

Autre(s) antécédent(s) des frères et sœurs : _____

Tabagisme parental : Oui Non

ANTECEDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT

Avant le début de l'asthme l'enfant a-t-il eu

Le rhume des foins ? Oui Non Je ne sais pas

En a-t-il encore ? Oui Non Je ne sais pas

Des quintes de toux ? Oui Non Je ne sais pas

En a-t-il encore ? Oui Non Je ne sais pas

Des rhino-bronchites ? Oui Non Je ne sais pas

En a-t-il encore ? Oui Non Je ne sais pas

Des bronchiolites ? Oui Non Je ne sais pas

De l'eczéma ? Oui Non Je ne sais pas

Si oui âge de début : _____ de la fin : _____

Des allergies médicamenteuses ? Oui Non si oui précisez : _____

Des allergies Alimentaires ? Oui Non si oui précisez : _____

Des allergies Respiratoires ? Oui Non si oui précisez : _____

Autres allergies : _____

L'enfant a-t-il présenté une des maladies infectieuses suivantes :

- Coqueluche Oui Non Année : _____ - Rougeole Oui Non Année : _____

- Varicelle Oui Non Année : _____ - Scarlatine Oui Non Année : _____

- Oreillons Oui Non Année : _____ - Rubéole Oui Non Année : _____

Autres maladies : _____

L'enfant a-t-il subi une des interventions suivantes :

- Amygdales Oui Non Année : _____ - Appendicectomie Oui Non Année : _____

- Végétations Oui Non Année : _____ - Ectopie testiculaire Oui Non Année : _____

Autres : _____

HISTOIRE DE LA MALADIE

Incidents survenus avant la première crise d'asthme :

Y-a-t-il eu un choc affectif? Oui Non Je ne sais pas

Décès d'un proche ? Oui Non Je ne sais pas

Divorce, séparation des parents, Oui Non Je ne sais pas

Autre : _____

Première crise d'asthme :

A quel âge ? _____ A quelle période de l'année : _____

Cause suspectée de déclenchement _____

Evolution des crises depuis le début de la maladie :

Fréquence des crises au cours de la première année de la maladie

Moins de 8 jours de crises par an Oui Non Je ne sais pas

De 8 à 60 jours de crises par an Oui Non Je ne sais pas

Plus de 60 jours de crises par an Oui Non Je ne sais pas
Essoufflement continu : Oui Non Je ne sais pas

Éléments déclenchant les crises :

Saisons de début des crises : _____

Les crises surviennent-elles plus fréquemment pendant :

La journée La nuit Après un effort

Les crises surviennent-elles plus fréquemment :

A la maison A l'école

Type d'habitation

- Récente - Ancienne - En ville - A la campagne

- Moquette/Tapis - Animaux au domicile : - Lesquels : _____

Les crises sont-elles favorisées par :

Les rhumes Les bronchites Les sinusites
La fatigue L'effort Les contrariétés Le rire
Les poussières Les Pollens Le contact avec un animal
Le changement de temps Le tabac

Autre : _____

Attitude psychologique de l'enfant :

Est-il sociable ? Oui Non - Renfermé ? Oui Non
L'enfant a-t-il été quelques fois séparé de ses parents ? Oui Non
Si oui, son asthme s'en est-il trouvé modifié ? Oui Non
L'enfant a-t-il été vu par un psychologue ? Oui Non

Scolarité :

Classe actuellement fréquentée : _____

Nombre de jours d'absence scolaire cette année passée : _____

Résultats scolaires Bons Moyens Faibles

Fréquence des crises : Au cours de cette année passée (Nbr. de jours par an ou par mois)

Durée des crises d'asthme : _____

Y-a-t-il eu des états de mal (crise grave durant plus de 48 h malgré le traitement) :

Oui Non Je ne sais pas

L'enfant a-t-il été hospitalisé ? Oui Non Nombre d'hospitalisations : _____

Date de la dernière hospitalisation : _____ Est-il allé en réanimation ? Oui Non

Votre enfant est-il déjà allé en cure climatique ou thermale ?

Nom de la Station	Année	Durée du séjour

Traitement actuel :

Traitement détaillé, en cours, de la maladie pulmonaire. Joindre une copie de la dernière ordonnance :

Quels médicaments donnez-vous à votre enfant en cas de crise d'asthme ? _____

Mesures Peak-Flow Meter régulières : Oui Non Valeurs : _____

Une désensibilisation a-t-elle été entreprise ? Oui Non

- Si oui à quelle substance ? _____

- Depuis quelle date ? _____ Est-elle toujours effectuée ? Oui Non

- Si non pourquoi ? _____

Autre observation :

Votre enfant poursuit-il un autre traitement que celui pour son asthme ? Oui Non

Si oui lequel ? _____

Est-il énurétique (pipi au lit) ? Oui Non Si oui fréquence : _____

Traitement effectué jusqu'à ce jour : _____

Nom et adresse de votre médecin généraliste traitant : _____

Nom et adresse de votre médecin spécialiste : _____

Sa spécialité Pneumologue Allergologue
 Pédiatre Autre _____

Impératif : Joindre une copie du carnet de vaccination ou de santé ou un certificat médical détaillé, récent (-3 mois) des vaccinations obligatoires à jour pour l'admission.

"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."