

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date du jour :

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE DES ENFANTS ASTHMATIQUES

QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRE (SELF-ADMINISTERED) FRENCH VERSION

1995
QOL TECHNOLOGIES INC.

Pour tout renseignement, contacter :

Elizabeth Juniper, MCSP, MSc
Associate Professor
Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics
McMaster University Medical Centre, Room 2C10
1200 Main street West
Hamilton, Ontario, Canada L8N 3Z5
Telephone : (905) 525-9140 x 22153
Fax : (905) 577-0017
E-mail : juniper@fhs.csu.mcmaster.ca
WWW : <http://www-fhs.mcmaster.ca/hrqol/qolintro.htm>

This translation has been made possible
through a grant from
SMITH KLINE BEECHAM
PHARMACEUTICALS
Translated by MAPI RESEARCH INSTITUTE
Senior Translator : Isabelle Mear

MAY 1997

Nom :

Prénom :

ACTIVITES

A cause de ton asthme, tu as peut-être trouvé certaines choses que tu aimes faire difficiles ou pas très amusantes.

Nous voudrions que tu penses à toutes les choses pour lesquelles tu as été gêné(e) par ton asthme.

Certaines personnes sont gênées par leur asthme quand elles font certaines des choses de la liste ci-dessous. Nous te demandons de bien lire toute cette liste et de penser à quel point tu as été gêné(e) par ton asthme, au cours des 7 derniers jours.

Sur la page suivante, inscris les **trois** (3) choses pour lesquelles tu as été le plus gêné(e) par ton asthme, au cours des 7 derniers jours. Il doit s'agir de choses que tu feras régulièrement au cours de cette étude. Tu peux choisir ces trois choses dans la liste ci-dessous ou en choisir d'autres à condition de les faire régulièrement.

1. JOUER AU TENNIS	19. MONTER UN ESCALIER
2. JOUER AU HAND-BALL	20. RIRE
3. JOUER AU BASKET	21. FAIRE LES DEVOIRS / ETUDIER
4. FAIRE DE LA DANSE (CLASSIQUE OU JAZZ)	22. FAIRE LE MENAGE
5. JOUER AU RUGBY	23. CHANTER
6. JOUER PENDANT LA RECREATION	24. FAIRE DES TRAVAUX MANUELS/DU BRICOLAGE
7. JOUER AVEC DES ANIMAUX FAMILIERS	25. CRIER
8. JOUER AVEC DES COPAINS (COPINES)	26. FAIRE DE LA GYMNASTIQUE
9. FAIRE DU VELO/DU V.T.T.	27. FAIRE DU PATIN A ROULETTES / DU ROLLER
10. COURIR	28. FAIRE DU SKATEBOARD
11. SAUTER A LA CORDE	29. FAIRE DE L'ATHLETISME
12. FAIRE LES COURSES DANS LES MAGASINS	30. FAIRE DU TOBOGGAN / DE LA BALANCOIRE
13. DORMIR	31. FAIRE DU SKI / DE LA LUGE
14. JOUER AU FOOTBALL	32. FAIRE DU PATIN A GLACE
15. NAGER	33. GRIMPER QUELQUE PART (ARBRE, MUR D'ESCALADE, etc...)
16. JOUER AU VOLLEY	34. SE LEVER LE MATIN
17. MARCHER	35. PARLER
18. MONTER UNE COTE	

Nom :

Prénom :

Sur les lignes ci-dessous, inscris les 3 choses pour lesquelles tu as été **le plus gêné(e)** par ton asthme. Ensuite, tu nous diras à quel point tu as été gêné(e) **par ton asthme** pour faire ces choses, **au cours des 7 derniers jours**.

Fais une croix (X) dans la case qui indique le mieux à quel point tu as été gêné(e).

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, A QUEL POINT AS-TU ETE GENE(E) POUR LES CHOSES SUIVANTES :

	Enormément géné(e)	Très géné(e)	Plutôt géné(e)	Moyennement géné(e)	Un peu géné(e)	Presque pas géné(e)	Pas du tout géné(e)	N'ai pas fait cette chose
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. TOUSSER	<input type="checkbox"/>	<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 DES 7 DERNIERS JOURS, EST-CE QUE :

	Tout le Temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
	1	2	3	4	5	6	7
5. Tu as été FACHE(E) PARCE QUE TU NE POUVAIS PAS FAIRE CE QUE TU VOULAIS à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tu t'es senti(e) FATIGUE(E) à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom :

Prénom :

EN GENERAL, AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, EST-CE QUE :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
	1	2	3	4	5	6	7
7. Tu t'es senti(e) INQUIET(E), PAS RASSURE(E) ou ANXIEUX(SE) à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, A QUEL POINT AS-TU ETE GENE(E) PAR :

	Enormément géné(e)	Très géné(e)	Plutôt géné(e)	Moyennement géné(e)	Un peu géné(e)	Presque pas géné(e)	Pas du tout géné(e)
	1	2	3	4	5	6	7
8. DES CRISES D'ASTHME ?	<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 DES 7 DERNIERS JOURS, EST-CE QUE :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
	1	2	3	4	5	6	7
9. Tu t'es mis(e) EN COLERE à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, A QUEL POINT AS-TU ETE GENE(E) PAR :

	Enormément géné(e)	Très géné(e)	Plutôt géné(e)	Moyennement géné(e)	Un peu géné(e)	Presque pas géné(e)	Pas du tout géné(e)
	1	2	3	4	5	6	7
10. DES SIFFLEMENTS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom :

Prénom :

EN GENERAL, AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, AS-TU ETE :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
	1	2	3	4	5	6	7
11. DE MAUVAISE HUMEUR à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, A QUEL POINT AS-TU ETE GENE(E) PARCE QUE :

	Enormément gêné(e)	Très gêné(e)	Plutôt gêné(e)	Moyennement gêné(e)	Un peu gêné(e)	Presque pas gêné(e)	Pas du tout gêné(e)
	1	2	3	4	5	6	7
12. TU AVAIS 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"/>

EN GENERAL, AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, EST-CE QUE :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
	1	2	3	4	5	6	7
13. Tu t'es senti(e) DIFFERENT(E) DES AUTRES OU MIS(E) A L'ECART à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, A QUEL POINT AS-TU ETE GENE(E) PARCE QUE :

	Enormément gêné(e)	Très gêné(e)	Plutôt gêné(e)	Moyennement gêné(e)	Un peu gêné(e)	Presque pas gêné(e)	Pas du tout gêné(e)
	1	2	3	4	5	6	7
14. Tu avais l'IMPRESSION DE MANQUER D'AIR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom :

Prénom :

EN GENERAL, AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, EST-CE QUE TU AS ETE :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
	1	2	3	4	5	6	7
15. FACHE(E) PARCE QUE TU NE POUVAIS PAS FAIRE COMME LES AUTRES ?	<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 DES 7 DERNIERS JOURS, EST-CE QUE :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
	1	2	3	4	5	6	7
16. Tu t'es REVEILLE(E) LA NUIT à cause de ton asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tu t'es senti(e) MAL A L'AISE à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tu t'es senti(e) ESSOUFLE(E) à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tu as pensé que TU NE POUVAIS PAS FAIRE COMME LES AUTRES à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tu as eu du mal à DORMIR LA NUIT à cause de ton asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tu as eu peur à CAUSE D'UNE CRISE D'ASTHME ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom :

Prénom :

PENSE A TOUTES LES CHOSES QUE TU AS FAITES AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS :

	Enormément géné(e)	Très géné(e)	Plutôt géné(e)	Moyennement géné(e)	Un peu géné(e)	Presque pas géné(e)	Pas du tout géné(e)
	1	2	3	4	5	6	7
22. A quel point as-tu été géné(e) par ton asthme pour faire TOUTES CES CHOSES ?	<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 DES 7 DERNIERS JOURS, EST-CE QUE :

	Tout le temps	Presque tout le temps	Assez souvent	Parfois	Rarement	Très rarement/ presque jamais	Jamais
	1	2	3	4	5	6	7
23. Tu as eu du mal à RESPIRER A FOND ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>