

Questionnaire principal - Version sur papier

rptDok_HFB_Papier

Avez-vous entendu un sifflement dans la poitrine à un moment quelconque au cours des 12 mois qui précèdent? Saut Seul.Femm Saut d'origin
(Par sifflement, on entend un son sifflant, de tonalité aiguë ou grave, parfois à peine perceptible).

T_H00010

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Etiez-vous essoufflé lorsque le sifflement respiratoire était audible au cours des 12 mois qui précèdent? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00020

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous entendu le sifflement respiratoire au cours des 12 mois qui précèdent alors que vous n'aviez pas de refroidissement? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00030

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine au cours des 3 derniers jours? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03220

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Vous êtes-vous réveillé avec une sensation d'oppression au cours des 12 mois qui précèdent? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00040

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Vous êtes-vous réveillé avec une sensation d'oppression au cours des 3 derniers jours? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03230

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 mois qui précèdent, avez-vous eu un accès d'essoufflement survenant au repos pendant la journée? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00050

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 mois qui précèdent, avez-vous ressenti un accès d'essoufflement à la suite d'une activité physique soutenue? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00060

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 mois qui précèdent, avez-vous été réveillé la nuit par un accès d'essoufflement? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00070

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous été réveillé(e) par un accès d'essoufflement pendant les 3 derniers mois? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00075

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En moyenne, avez-vous été réveillé(e) par un accès d'essoufflement, au moins une fois par semaine dans les 3 derniers mois? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00080

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 3 derniers mois, combien de fois par semaine, en moyenne, avez-vous été réveillé(e) par un accès d'essoufflement? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00090

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Au cours des 2 dernières semaines, combien de fois vous êtes-vous réveillé(e) durant la nuit par un accès d'essoufflement? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03200

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Au cours des 3 derniers jours, vous êtes-vous réveillé(e) par un accès d'essoufflement? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03240

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 2 dernières semaines, votre respiration était-elle moins bonne, pareille ou meilleure que d'habitude? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03210

- moins bonne
- pareille
- meilleure
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 mois qui précèdent, avez-vous déjà été réveillé par une quinte de toux ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00100

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 3 derniers jours, avez-vous été réveillé par une quinte de toux? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03250

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Toussez-vous habituellement le matin après le réveil? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00110

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quelles saisons de l'année toussiez-vous habituellement le matin après le réveil?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00120

- à diverses saisons
- seulement en hiver
- que le printemps ou l'été ou l'automne
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Toussez-vous habituellement au cours de la journée ou de la nuit?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00130

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quelles saisons de l'année toussiez-vous habituellement le jour ou la nuit?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00150

- à diverses saisons
- seulement en hiver
- que le printemps ou l'été ou l'automne
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Toussez-vous ainsi la plupart des jours au moins 3 mois par année?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00140

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Depuis combien d'années?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00160

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Crachez-vous habituellement le matin juste après le réveil?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00170

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quelles saisons de l'année crachez-vous habituellement le matin juste après le réveil?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00180

- à diverses saisons
- seulement en hiver
- que le printemps ou l'été ou l'automne
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Crachez-vous habituellement au cours de la journée ou de la nuit?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00190

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quelles saisons de l'année crachez-vous habituellement de jour ou de la nuit?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00210

- à diverses saisons
- seulement en hiver
- que le printemps ou l'été ou l'automne
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Crachez-vous ainsi la plupart des jours pendant au moins 3 mois par année?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00200

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Depuis combien d'années?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00220

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez-vous des problèmes de souffle?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00230

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous ces problèmes de respiration

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00240

- de manière continue, de telle sorte que votre souffle n'est jamais parfaitement normal
- de manière répétée, avec chaque fois un retour à l'état normal
- rarement
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Etes-vous limité à la marche pour une raison autre qu'une maladie du coeur ou des poumons?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00250

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

De quelle(s) maladie(s) s'agit-il?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00260

- _____ (introduire la réponse)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez-vous le souffle court lorsque vous marchez vite à plat, ou que vous devez monter une légère pente?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00270

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous le souffle court lorsque vous marchez à plat avec d'autres personnes de votre âge?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00280

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Devez-vous vous arrêter pour reprendre votre souffle lorsque vous marchez à plat et à votre propre rythme?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00290

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Prenez-vous des produits à base d'hormones (pilule)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00298

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous déjà constaté que vous aviez des symptômes respiratoires (tels que sifflements dans la poitrine, sensation d'oppression ou difficultés à respirer) certains jours de votre cycle menstruel?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00300

- Oui, la semaine qui précède les règles
- Oui, pendant les règles
- Oui, la semaine qui suit les règles
- Oui, à un autre moment du cycle
- Cela ne me concerne pas (pas de règles)
- Non
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous ou avez-vous eu de l'asthme?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00310

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

L'asthme a-t-il été confirmé par un médecin?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00320

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00330

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quel âge avez-vous eu la dernière crise d'asthme?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00340

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quels mois de l'année avez-vous habituellement ces crises d'asthme?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00351

- Janvier
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H00352

- Février
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

- T_H00353 Mars
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00354 Avril
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00355 Mai
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00356 Juin
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00357 Juillet
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00358 Août
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00359 Septembre
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00360 Octobre
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00361 Novembre
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus
- T_H00362 Décembre
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une crise d'asthme?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H00370
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Au cours des 12 derniers mois, combien de crises d'asthme avez-vous eu?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00380

- _____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etait-ce:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00382

- __ toutes les nuits ou presque toutes les nuits
__ plus d'une fois par semaine, mais pas toutes les nuits
__ au moins 2 fois par mois, mais pas plus d'une fois par semaine
__ pas plus d'une fois par mois
__ pas du tout
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Combien de crises d'asthme avez-vous eu durant les 3 derniers mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00390

- _____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etait-ce:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00400

- __ toutes les nuits ou presque toutes les nuits
__ plus d'une fois par semaine, mais pas toutes les nuits
__ au moins 2 fois par mois, mais pas plus d'une fois par semaine
__ pas plus d'une fois par mois
__ pas du tout
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des 3 derniers jours?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03260

- __ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Combien de fois vous êtes-vous réveillé à cause de votre asthme durant les 3 derniers mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00410

- __ toutes les nuits ou presque toutes les nuits
__ plus d'une fois par semaine, mais pas toutes les nuits
__ au moins 2 fois par mois, mais pas plus d'une fois par semaine
__ pas plus d'une fois par mois
__ pas du tout
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Combien de fois avez-vous eu des difficultés à respirer à cause de votre asthme pendant les 3 derniers mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00420

- __ tout le temps
__ environ une fois par jour
__ au moins une fois par semaine, mais moins d'une fois par jour
__ moins d'une fois par semaine
__ pas du tout
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Prenez-vous actuellement un médicament pour l'asthme, y compris inhalations, aérosols ou comprimés?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00430

- __ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous pris au cours des 3 derniers jours un médicament quelconque contre l'asthme (y compris inhalations, aérosols-doseurs [sprays] ou comprimés)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03270

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous un débitmètre de pointe à vous?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00440

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de fois l'avez-vous utilisé au cours des 3 derniers mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00450

- jamais
- certains jours
- presque tous les jours
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous des instructions écrites de votre médecin sur la façon de gérer votre asthme en cas d'aggravation ou de crise?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00460

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous remarqué que votre asthme s'aggravait à un moment particulier de votre cycle menstruel ?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00470

- Oui, la semaine qui précède les règles
- Oui, pendant les règles
- Oui, la semaine qui suit les règles
- Oui, à un autre moment du cycle
- Cela ne me concerne pas (pas de règles)
- Non
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous été enceinte (au moins 25 semaines de grossesse) depuis le début de votre asthme ?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00480

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Comment a évolué votre asthme pendant vos grossesses?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00490

- il s'est amélioré
- il s'est aggravé
- il n'a pas changé
- ce n'était pas la même pour toutes les grossesses
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous une allergie nasale, y compris le rhume des foins?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00500

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Autrefois, mais plus actuellement, avez vous eu le rhume des foins?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00660

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quel âge avez-vous eu le rhume des foins ou des allergies nasales pour la première fois ?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00510

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Pendant cette année avez-vous eu le rhume des foins?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00640

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

L'année précédente (mais pas cette année) avez-vous eu le rhume des foins?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00650

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous eu des troubles liés à un rhume d'origine allergique ou à un rhume des foins au cours des 3 derniers jours?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03280

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, de nez qui coule ou de nez bouché alors que vous n'étiez ni enrhumé ni grippé?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00520

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous déjà eu, au cours des 12 derniers mois, des problèmes d'éternuements, de nez qui coule ou de nez bouché alors que vous n'étiez ni enrhumé ni grippé?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00530

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Vos yeux piquaient-ils ou pleuraient-ils quand vous aviez ces problèmes de nez?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00540

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Pendant quels mois ce problème de nez survenait-il ?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00551

- Janvier
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

- T_H00552 Février
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00553 Mars
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00554 Avril
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00555 Mai
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00556 Juin
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00557 Juillet
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00558 Août
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00559 Septembre
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00560 Octobre
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00561 Novembre
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00562 Décembre
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Depuis l'étude précédente avez-vous utilisé des médicaments pour soigner des troubles du nez ?

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

T_H00570

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous utilisé l'un des sprays suivants par voie nasale pour soigner vos troubles du nez ?
(MONTRER LA LISTE DES PULVERISATEURS CONTENANT DES CORTICOIDES)

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00580

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Pendant combien d'années avez-vous utilisé ce genre de sprays ?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00590

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez-vous utilisé l'un de ces sprays pendant les 12 derniers mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00600

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous pris l'un des comprimés, pilules ou gélules suivants pour soigner vos troubles du nez ?
(MONTRER LA LISTE DES ANTIHISTAMINIQUES)

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00610

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Pendant combien d'années avez-vous pris ce genre de comprimés, pilules, ou gélules ?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00620

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez-vous utilisé l'un de ces comprimés, pilules ou gélules pendant les 12 derniers mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00630

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous déjà eu de l'eczéma ou des allergies de la peau?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00670

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous déjà eu des rougeurs qui démangent, qui apparaissent et disparaissent, pendant au moins 6 mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00680

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous eu ces rougeurs qui démangent pendant les 12 derniers mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00690

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Est-ce-que, à un moment quelconque, ces rougeurs se sont situées sur l'un des points suivants : aux plis des coudes, derrière les genoux, sur le devant des chevilles, sous les fesses, ou autour du cou, des oreilles ou des yeux?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00700

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous déjà eu de la peine à respirer après avoir pris un médicament?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00710

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Quel médicament?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00720

_____ (introduire la réponse)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H00721

_____ (introduire la réponse)
 aucun(s)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Souffrez-vous d'une maladie chronique qui vous handicape d'une manière ou d'une autre?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00730

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Souffrez-vous de l'une des affections suivantes?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00740

Arthrite

- non
- oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
- oui, diagnostiqué(e) par un médecin
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H00741

Hypertension

- non
- oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
- oui, diagnostiqué(e) par un médecin
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H00742

Difficultés d'audition

- non
- oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
- oui, diagnostiqué(e) par un médecin
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

- T_H00743 Varices
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00744 Cataracte
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00745 Maladie du coeur
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00746 Dépression
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00747 Diabète
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00748 Migraine/Maux de tête fréquents
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00749 Avez-vous eu un cancer?
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00750 Attaque d'apoplexie (attaque cérébrale)
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00751 Bronchite chronique
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H00752 Emphysème pulmonaire
 ___ non
 ___ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

T_H00770 Maladie rénale chronique
__ non
__ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
__ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H00790 Maladie neurologique chronique
__ non
__ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
__ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H00810 Stimulateur cardiaque
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quelle maladie neurologique chronique? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00800 _____ (introduire la réponse)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Devez-vous subir des dialyses? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00780
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Souffrez-vous d'autres affections chroniques? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00753
__ non
__ oui, non diagnostiqué(e) par un médecin
__ oui, diagnostiqué(e) par un médecin
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quel âge avait votre mère à votre naissance ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00820 _____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Combien de fois avez-vous déménagé pendant vos 5 premières années de vie ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00830
__ Jamais
__ Une fois
__ Plus d'une fois
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous été hospitalisé avant l'âge de 2 ans pour des maladies pulmonaires? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00840
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Combien d'enfants (en plus de vous) dormaient régulièrement dans votre chambre à coucher avant que vous ayez 5 ans ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00850

- _____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

A partir de quel âge avez-vous fréquenté la crèche, un groupe de jeux, le jardin d'enfants, l'école maternelle ou l'école?

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

(Indication en années!)

T_H00860

- _____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

A quel degré avez-vous terminé votre scolarité?

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

(Quand la réponse est "école secondaire", poser la question suivante "Avez-vous fait un apprentissage?")

T_H00870

- école primaire, école supérieure, école moyenne
 école secondaire, collège
 gymnase, progymnase, école cantonale supérieure, séminaire
 école professionnelle (par exemple école d'arts et métiers, école de commerce)
 école professionnelle supérieure (par exemple technicum, école érieure du commerce et de l'administration, école d'assistante sociale)
 hautes écoles (université, école polytechnique)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

*A quel âge avez-vous terminé votre formation à plein temps?
(0 = étudiant à plein temps)*

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

T_H00880

- _____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Quelle est actuellement votre situation?

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

T_H00890

- je travaille à plein temps
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H00891

- Je travaille à temps partiel
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H00892

- Femme/homme travaillant à son ménage
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H00893

- En voie de formation
(élève, étudiant)
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H00894

- Retraité, rentier, pensionné
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H00895

- Chômeur
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H00896 Service militaire prolongé (par exemple école de recrue), vacances prolongées (par exemple après la fin des études ou entre 2 emplois)
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H00897 Maladie, invalidité
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H00898 Je me livre à une autre occupation
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous exercé un travail rémunéré pendant au moins 3 mois depuis l'étude précédente? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H00910
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous exercé une fois un métier où vous étiez exposé à des vapeurs, des gaz, des poussières ou des fumées? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01000
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Depuis l'étude précédente, avez-vous été impliqué(e) dans un accident à la maison, au travail ou ailleurs, dans lequel vous avez été exposé(e) à des quantités élevées de vapeurs, gaz, poussières ou fumées? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01010
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous eu des symptômes respiratoires tout de suite après cette exposition? (tout de suite signifie dans les 24 heures) Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01020
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Pouvez-vous me décrire ce qui s'est passé. (Décrire l'accident) Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01030 _____ (introduire la réponse)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avec quels types de substances avez-vous été en contact professionnellement au cours des 3 dernières années? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01040 Poussières
__ non
__ oui
__ sans emploi depuis plus de 3 ans
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

- T_H01041 Animaux
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01042 Plantes
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01043 Bois
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01044 Substances radioactives
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01050 A quelles substances avez-vous été exposé/e sur votre lieu de travail au cours des 3 dernières années? Poussière
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01051 Gaz
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01052 Vapeurs
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01053 Fumées
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01054 Aérosols
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01055 Odeurs
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01056 Bruits
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H01057 Autres: _____ (introduire la réponse)
__ aucun(s)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

A votre place de travail actuelle, utilisez-vous régulièrement des mesures de protection personnelle? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01070
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

*Quelles mesures de protection?
(plusieurs réponses sont possibles)* Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01080 Masque de protection buccal
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01081 Masque respiratoire
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01082 Appareil respiratoire
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01083 Protection de la peau
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01084 Protection de l'ouïe ou lunettes de protection
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01085 Autres mesures: lesquelles _____ (introduire la réponse)
__ aucun(s)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Votre place de travail est-elle équipée d'installations de protection (système d'aspiration par exemple)? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01100
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Le travail à votre poste actuel vous occasionne-t-il régulièrement des problèmes de santé? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01110
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quels sont ces problèmes? Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01120 Brûlures des yeux
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01121 Ecoulement nasal
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01122 Irritation de la gorge
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01123 Toux
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01124 Essoufflement
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01125 Sifflements respiratoires
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01126 Fièvre
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01127 Maux de tête
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01128 Maux de ventre
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H01129 Autres troubles: lesquels _____ (introduire la réponse)
 aucun(s)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Comment jugez-vous la température de l'air à votre place de travail?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01140
 trop froide
 agréable
 trop chaude
 ça change
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Pendant vos loisirs, travaillez-vous régulièrement avec

Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01150 des produits chimiques
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H01151 des animaux
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H01152 des plantes
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H01153 des poussières, gaz, vapeurs, aérosols
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Il s'agit ici d'activités physiques provoquant pour le moins un essoufflement léger; par exemple marche rapide, randonnée, danse, travaux de jardinage nombreux ou encore sports nombreux. Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01170 Combien de jours par semaine effectuez-vous de telles activités?
 ___ Jamais
 ___ Rarement
 ___ 1 jour par semaine
 ___ 2 jours par semaine
 ___ 3 jours par semaine
 ___ 4 jours par semaine
 ___ 5 jours par semaine
 ___ 6 jours par semaine
 ___ 7 jours par semaine
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

- T_H01175 En moyenne, combien de temps par jour êtes-vous actif?
 (en minutes)
 _____ (introduire le nombre)
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Combien de jours par semaine pratiquez-vous ce type d'activités? Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01180
 ___ tous les jours
 ___ 4-6 fois par semaine
 ___ 2-3 fois par semaine
 ___ une fois par semaine
 ___ une fois par mois
 ___ moins d'une fois par mois
 ___ jamais
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Combien d'heures par semaine faites-vous de l'exercice physique au point d'être essoufflé ou de transpirer? Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01190
 ___ pas du tout
 ___ environ une demi-heure
 ___ environ une heure
 ___ environ 2 à 3 heures
 ___ environ 4 à 6 heures
 ___ 7 heures ou plus
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Evitez-vous les activités physiques intenses à cause de sifflements dans la poitrine ou d'asthme ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01200

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine mangez-vous de la viande ou de la charcuterie?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01210

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine mangez-vous du poisson?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01220

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine mangez-vous des légumes cuits?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01230

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine mangez-vous des légumes crus ou de la salade, ou buvez-vous du jus de légumes?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01240

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de portions par jour?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01245

- 1 portion par jour
- plus d'une portion par jour
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine mangez-vous des pommes de terre?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01250

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine utilisez-vous de l'huile d'olive?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01260

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine mangez-vous des agrumes ou buvez-vous du jus d'agrumes?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01270

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de fois par jour?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01275

- 1 portion par jour
- plus d'une portion par jour
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine mangez-vous des fruits (agrumes non compris)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01280

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de fois par jour?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01285

- 1 portion par jour
- plus d'une portion par jour
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

D'ordinaire, combien de jours par semaine buvez-vous du lait (hormis le lait que vous ajoutez au thé ou au café)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01290

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, quelle est la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées, c'est-à-dire bière, vin, liqueurs, apéritifs et alcools forts: buvez-vous plusieurs fois par jour ou avec quelle fréquence environ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01300

- 3 fois ou plus par jour
- 2 fois par jour (pendant les repas)
- 1 fois par jour
- plusieurs fois par semaine
- 1-2 fois par semaine
- moins
- jamais, abstinent
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, avec quelle fréquence buvez-vous un verre de vin rouge (= 1,5 dl)? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01310

- Jamais ou moins d'une fois par mois
- 1-3x par mois
- une fois par semaine
- 2-4x par semaine
- 5-6 fois par semaine
- une fois par jour
- 2-3x par jour
- 4-5x par jour
- 6 fois ou plus par jour
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En temps normal, combien de jours par semaine prenez-vous des suppléments vitaminés? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01320

- Jamais
- Rarement
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Depuis combien d'années habitez-vous la même commune? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01330

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Vivez-vous dans le même logement/la même maison qu'à l'époque de l'étude précédente ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01340

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de fois avez-vous déménagé depuis l'étude précédente ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01350

- _____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Depuis combien d'années vivez-vous dans votre logement actuel?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01360

- _____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

En quelle année la maison dans laquelle vous vivez actuellement a-t-elle été construite?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01370

- _____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quelle description correspond le mieux à votre logement actuel?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01380

- __ maison familiale indépendante
__ maison familiale mitoyenne
__ bâtiment à étages abritant 2 familles
__ bâtiment abritant 3 ou 4 familles
__ bâtiment abritant 5 familles ou plus
__ autres
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Combien de personnes vivent dans votre ménage (y compris vous-même)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01390

- _____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quel est le mode de chauffage principal de votre logement?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01400

- chauffage central
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01401

- Chauffage à air chaud à distance
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01402

- Air conditionné
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01403

- cheminée (feu ouvert)
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01404

- plusieurs poêles indépendants
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quelle est la source d'énergie des poêles indépendants?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01410

- mazout
- gaz
- bois
- électrique
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous dans votre logement un chauffe-eau instantané à gaz pour l'eau chaude?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01445

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Quel type de cuisinière utilisez-vous habituellement?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01450

- Bois/charbon/coke
- gaz
- électricité
- autres
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01470

- des brûleurs à gaz?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H01471

- un four à gaz?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

C'est-à-dire:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01460

- _____ (introduire la réponse)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Y a-t-il un système d'aspiration au-dessus de la cuisinière?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01480

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Pendant la cuisson, utilisez-vous le système d'aspiration?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01490

- toujours
- parfois
- rarement ou jamais
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des quatre dernières semaines, combien de temps avez-vous passé - en moyenne par jour - à cuisiner en utilisant votre cuisinière? (en minutes)

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01510

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Lorsque vous avez fait la cuisine au cours des 4 dernières semaines, y avait-il une porte ou une fenêtre ouverte sur l'extérieur? Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01520
- en général
 - parfois
 - rarement
 - Il n'y a ni porte ni fenêtre qui s'ouvre de la cuisine sur l'extérieur.
 - jamais
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

La pièce où vous vous trouvez le plus souvent dans votre logement pendant la journée a-t-elle... Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01530 un double vitrage
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus
- T_H01531 une moquette mur à mur
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus
- T_H01532 des tapis
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Votre chambre à coucher a-t-elle: Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01550 un double vitrage
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus
- T_H01551 une moquette mur à mur
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus
- T_H01552 des tapis
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Quel est l'âge de votre matelas ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01570
- moins d'un an
 - 1 à 5 ans
 - plus de 5 ans
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Dormez-vous avec la fenêtre ouverte la nuit pendant l'hiver (période de chauffage)? Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01580
- toujours
 - parfois
 - rarement ou jamais
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Aux autres saisons, dormez-vous avec la fenêtre ouverte? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01590

- toujours
- parfois
- rarement ou jamais
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Des dégâts d'eau ont-ils déjà endommagé votre maison ou votre ameublement (par exemple, rupture de conduite, fuite, inondation)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01600

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des dégâts d'eau?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01610

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des taches d'humidité sur des surfaces à l'intérieur de la maison, ailleurs qu'au sous-sol (par exemple sur les murs, le papier peint, le plafond ou la moquette)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01620

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous constaté la présence de moisissures ou de taches d'humidité sur une surface intérieure (à l'exclusion des aliments) dans votre logement?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01630

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Dans quelles pièces?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01640

la salle de bain

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H01641

la chambre à coucher

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H01642

le salon/le living

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H01643

la cuisine

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H01644

le sous-sol ou les combles

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H01645 une autre pièce: _____ (introduire la réponse)
___ aucun(s)
___ non significatif
___ je ne sais pas
___ refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous constaté la présence de moisissures ou de pourritures sur une surface intérieure (à l'exclusion des aliments) dans votre logement? Saut Seul.Femm Saut d'origine

T_H01660
___ non
___ oui
___ non significatif
___ je ne sais pas
___ refus

Utilisez-vous un humidificateur? Saut Seul.Femm Saut d'origine

T_H01670
___ non
___ oui
___ non significatif
___ je ne sais pas
___ refus

Quel type d'humidificateur utilisez-vous? Saut Seul.Femm Saut d'origine

T_H01680
___ un humidificateur incorporé au système de chauffage
___ un humidificateur portable à vapeur froid
___ un humidificateur portable à vapeur chaude
___ de l'eau sur les radiateurs ou un linge suspendu
___ un autre modèle
___ non significatif
___ je ne sais pas
___ refus

C'est-à-dire: Saut Seul.Femm Saut d'origine

T_H01690 _____ (introduire la réponse)
___ non significatif
___ je ne sais pas
___ refus

Quand utilisez-vous l'humidificateur? Saut Seul.Femm Saut d'origine

T_H01700
___ la plus part du temps
___ seulement lorsque quelqu'un est malade (dans sa chambre)
___ seulement en période de chauffage, lorsque l'air est sec
___ rarement ou jamais
___ dans d'autres circonstances
___ non significatif
___ je ne sais pas
___ refus

C'est-à-dire: Saut Seul.Femm Saut d'origine

T_H01710 _____ (introduire la réponse)
___ non significatif
___ je ne sais pas
___ refus

Quelle expression décrit le mieux la situation de votre logement? J'habite... Saut Seul.Femm Saut d'origine

T_H01720
___ au centre-ville/centre village au bord d'une route à grande circulation
___ au centre-ville/centre village au bord d'une route à faible ou moyenne circulation
___ dans un quartier périphérique de la ville/à la périphérie du village au bord d'une route à moyenne ou grande circulation
___ dans un quartier périphérique de la ville/à la périphérie du village au bord d'une route à faible circulation
___ dans une maison isolée à la campagne
___ non significatif
___ je ne sais pas
___ refus

Quelle est le volume de trafic les jours ouvrables sur la route au bord de laquelle se trouve votre maison/appartement? Saut Seul.Femm Saut d'origine

T_H01730

- Route très fréquentée/trafic sans interruption
- Route à trafic modéré/beaucoup de voitures
- Route peu fréquentée/de temps en temps quelques voitures
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Quelle est la fréquence de passage des camions dans la rue où vous habitez pendant les jours de la semaine? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01740

- jamais
- rarement
- plusieurs fois par jour
- pratiquement toute la journée
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Depuis l'étude précédente, avez-vous pris l'une des mesures suivantes pour réduire les allergènes, ou l'exposition à des allergènes, à votre domicile: Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01750

- remplacé la moquette par du parquet ou une autre surface lisse sur le sol de la pièce que vous utilisez le plus?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H01751

- remplacé la moquette par du parquet ou une autre surface lisse sur le sol de votre chambre?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H01752

- acheté une nouvelle moquette pour la pièce que vous utilisez le plus ?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H01753

- acheté une nouvelle moquette pour votre chambre ?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H01754

- utilisé des sprays acaricides ?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H01755

- mis une housse anti-allergie sur votre matelas ?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H01756

- vous êtes-vous séparé d'un animal de compagnie, un chat ou un chien ?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez-vous un chat? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01770

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Le laissez-vous rentrer dans la maison? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01780

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Votre chat peut-il séjourner parfois dans la chambre à coucher?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01790

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous un chien?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01800

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Le laissez-vous rentrer dans la maison?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01810

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Votre chien peut-il séjourner parfois dans votre chambre à coucher?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01820

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous des oiseaux?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01830

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Les oiseaux vivent-ils à l'intérieur du logement?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01840

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Possédez-vous une autre sorte d'animaux?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01850

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Quelle sorte d'animaux?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01860

- hamster
- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H01861 lapin
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01862 cobaye
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01863 poissons
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Possédez-vous des chevaux, ou pratiquez-vous régulièrement l'équitation?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01880
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Y avait-il un chat chez vous :

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01890 pendant votre première année de vie ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01891 quand vous aviez entre 1 et 4 ans ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01892 quand vous aviez entre 5 et 15 ans ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Y avait-il un chien chez vous:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01910 pendant votre première année de vie ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01911 quand vous aviez entre 1 et 4 ans ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01912 quand vous aviez entre 5 et 15 ans ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Y avait-il des oiseaux chez vous :

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01930 pendant votre première année de vie ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01931 quand vous aviez entre 1 et 4 ans ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01932 quand vous aviez entre 5 et 15 ans ?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quel terme définit le mieux l'endroit où vous avez vécu le plus longtemps quand vous aviez moins de 5 ans? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01950
__ une ferme
__ un village dans une zone rurale
__ une petite ville
__ la banlieue d'une ville
__ un centre ville
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Lorsque vous vous trouvez à proximité d'animaux (par exemple chats, chiens, chevaux), vous arrive-t-il de... Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H01966 commencer à tousser?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01967 commencer à avoir des sifflements dans la poitrine?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01968 avoir une sensation d'oppression?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01969 avoir le souffle court?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01970 avoir le nez qui coule ou le nez bouché, ou commencer à éternuer?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H01971 avoir les yeux qui piquent ou qui pleurent?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Lorsque vous vous trouvez dans une pièce poussiéreuse ou à proximité d'oreillers, de couvertures ou de duvets, vous arrive-t-il de... Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H01972 commencer à tousser?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H01973 commencer à avoir des sifflements dans la poitrine?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H01974 avoir une sensation d'oppression?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H01975 commencer à vous sentir essoufflé/e?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H01976 avoir le nez qui coule ou le nez bouché, ou commencer à éternuer?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H01977 avoir les yeux qui piquent ou qui pleurent?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Lorsque vous vous trouvez à proximité d'arbres, de plantes ou de fleurs, ou lorsqu'il y a beaucoup de pollens dans l'air, avez-vous parfois *Saut* *Seul.Femm* *Saut d'origin*

- T_H02000 une quinte de toux?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02001 des sifflements respiratoires?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02002 une sensation d'oppression thoracique?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02003 le souffle court?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02004 une irritation ou une obstruction nasale ou des éternuements?
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

T_H02005 des irritations des yeux ou un larmoiement?

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quelle saison de l'année cela arrive-t-il?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02020 hiver

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02021 printemps

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02022 été

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02023 automne

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous déjà fumé pendant au moins une année?

("Oui" signifie que vous avez consommé au moins 20 paquets de cigarettes ou 360 g de tabac dans votre vie.

OU: au moins une cigarette/jour ou 1 cigare/ semaine pendant une année.)

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02040

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quel âge avez-vous commencé à fumer régulièrement?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02050

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Fumez-vous actuellement (dans le dernier mois)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02060

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien fumez-vous actuellement en moyenne?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02070 nombre de cigarettes par jour

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02071 nombre de cigarillos par jour

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

- T_H02072 nombre de cigares par semaine
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H02073 nombre de grammes de tabac pour la pipe par semaine
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

A quel âge avez-vous cessé de fumer?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H02105 _____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

En moyenne, lorsque vous étiez fumeur, quelle était votre consommation de tabac?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H02110 nombre de cigarettes par jour
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H02111 nombre de cigarillos par jour
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H02112 nombre de cigares par semaine
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H02113 nombre de grammes de tabac pour la pipe par semaine
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Inhalez-vous (ou inhaliez-vous) la fumée?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H02130
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Combien avez-vous fumé aujourd'hui?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H02142 nombre de cigarettes
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H02143 nombre de cigarillos
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H02144 nombre de cigares
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus
- T_H02145 grammes de tabac pour la pipe
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Au cours des 12 mois qui précèdent, avez-vous été régulièrement exposé à la fumée de tabac (régulièrement signifie la plupart des jours ou des nuits)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02150

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A part vous, combien de personnes fument-elles régulièrement dans votre ménage? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02160

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

D'autres personnes fument-elles régulièrement à votre place de travail? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02170

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de personnes? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02180

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Pendant combien d'heures par jour êtes-vous exposé à la fumée d'autres personnes? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02190

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

*Veillez nous donner des informations supplémentaires:
Combien d'heures par jour êtes-vous exposé(e) à la fumée de tabac des autres, dans les endroits suivants:* Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02200

- à domicile
- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02201

- au travail
- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02202

- Bars et restaurants
- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02203

- ailleurs
- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

A la fumée de combien de personnes êtes-vous ou avez-vous été exposé (à la maison, au travail ou ailleurs)? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02230

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Pendant combien d'années avez-vous été exposé à la fumée d'autres personnes? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02220

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

A quel degré la fumée des autres vous dérange-t-elle à domicile ou à votre place de travail?
(Echelle analogique visuelle); valeurs:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02240

- 0 pas du tout gêné/e
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 gêné/e insupportablement
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quel degré le bruit de la circulation vous dérange-t-il à domicile lorsque les fenêtres sont ouvertes?
(Echelle analogique visuelle); valeurs:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02250

- 0 pas du tout gêné/e
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 gêné/e insupportablement
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quel degré la pollution de l'air issue du trafic ou des industries vous dérange-t-elle à domicile lorsque les
fenêtres sont ouvertes?
(Echelle analogique visuelle); valeurs:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02260

- 0 pas du tout gêné/e
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 gêné/e insupportablement
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

A quel degré la pollution de l'air issue du trafic ou des industries vous a-t-elle dérangée (dans votre logement
précédent) lorsque les fenêtres étaient ouvertes?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02270

- 0 pas du tout gêné/e
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 gêné/e insupportablement
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Depuis l'étude précédente, avez-vous utilisé des corticoïdes en inhalation (montrer la liste)?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02280

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à prendre pour la première fois des corticoïdes inhalés? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02290

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez vous pris des corticoïdes inhalés chaque année depuis l'étude précédente? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02300

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

En moyenne, combien de mois par an les avez-vous pris ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02310

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Combien d'années depuis l'étude précédente, avez-vous pris années des corticoïdes inhalés ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02320

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

En moyenne, combien de mois les avez-vous pris pendant chacune de ces années? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02330

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez-vous utilisé d'autres remèdes pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, pendant les 12 derniers mois? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02340

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Quelles méthodes de traitement? -Attention: ne pas donner lecture de la liste des méthodes de traitement, mais coder directement. Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02350

- Appareil à inhalation Pari
- Appareil CPAP
- Appareil BiPAP
- Hypnose
- Acupuncture
- Homéopathie/Phytothérapie
- Régime diététique
- Exercices de respiration
- Natation ou autres exercices
- Massage des zones réflexes
- Autres
- Aucun(e)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02351

- Appareil à inhalation Pari
- Appareil CPAP
- Appareil BiPAP
- Hypnose
- Acupuncture
- Homéopathie/Phytothérapie
- Régime diététique
- Exercices de respiration
- Natation ou autres exercices
- Massage des zones réflexes
- Autres
- Aucun(e)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02352

- Appareil à inhalation Pari
- Appareil CPAP
- Appareil BiPAP
- Hypnose
- Acupuncture
- Homéopathie/Phytothérapie
- Régime diététique
- Exercices de respiration
- Natation ou autres exercices
- Massage des zones réflexes
- Autres
- Aucun(e)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

C'est-à-dire:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02353

_____ (introduire la réponse)

- non significatif
- je ne sais pas
- refus

C'est-à-dire:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02354

_____ (introduire la réponse)

- non significatif
- je ne sais pas
- refus

C'est-à-dire:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02355

_____ (introduire la réponse)

- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Votre médecin vous a-t-il déjà prescrit des médicaments (y compris des inhalations) pour votre respiration?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02370

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Si l'on vous prescrit des médicaments pour votre respiration, prenez-vous normalement:

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02380

- tout le traitement
- la plus grande partie du traitement
- une partie du traitement
- rien
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Ronflez-vous toutes les nuits ou presque toutes les nuits?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02950

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Votre partenaire a-t-elle/il souvent constaté que vous aviez des troubles ventilatoires durant votre sommeil? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02960

- non
- oui
- sans partner
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Lorsque vous vous levez de bonne heure, avez-vous souvent l'impression de ne pas être suffisamment reposé(e)? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02970

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Pourriez-vous facilement vous endormir dans les situations suivantes? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02980 En lisant assis

- 0: je n'ai jamais tendance à m'endormir
- 1: j'ai une très légère tendance à m'endormir
- 2: il est possible que je m'endorme
- 3: il est très vraisemblable que je m'endorme
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02981 En regardant la télévision

- 0: je n'ai jamais tendance à m'endormir
- 1: j'ai une très légère tendance à m'endormir
- 2: il est possible que je m'endorme
- 3: il est très vraisemblable que je m'endorme
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02982 Assis dans un endroit public (p.ex. théâtre, colloque, conférence)

- 0: je n'ai jamais tendance à m'endormir
- 1: j'ai une très légère tendance à m'endormir
- 2: il est possible que je m'endorme
- 3: il est très vraisemblable que je m'endorme
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02983 Comme passager dans une voiture en roulant pendant une heure sans arrêt

- 0: je n'ai jamais tendance à m'endormir
- 1: j'ai une très légère tendance à m'endormir
- 2: il est possible que je m'endorme
- 3: il est très vraisemblable que je m'endorme
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02984 En me couchant pour me reposer l'après-midi si les circonstances me le permettent

- 0: je n'ai jamais tendance à m'endormir
- 1: j'ai une très légère tendance à m'endormir
- 2: il est possible que je m'endorme
- 3: il est très vraisemblable que je m'endorme
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02985 Assis, en parlant avec quelqu'un

- 0: je n'ai jamais tendance à m'endormir
- 1: j'ai une très légère tendance à m'endormir
- 2: il est possible que je m'endorme
- 3: il est très vraisemblable que je m'endorme
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02986 Assis tranquillement, après un repas de midi sans alcool
__ 0: je n'ai jamais tendance à m'endormir
__ 1: j'ai une très légère tendance à m'endormir
__ 2: il est possible que je m'endorme
__ 3: il est très vraisemblable que je m'endorme
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02987 Dans ma voiture au feu rouge si l'arrêt dure quelques minutes
__ 0: je n'ai jamais tendance à m'endormir
__ 1: j'ai une très légère tendance à m'endormir
__ 2: il est possible que je m'endorme
__ 3: il est très vraisemblable que je m'endorme
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Un médecin a-t-il déjà posé chez vous un diagnostic d'apnées du sommeil ou de ronflements dangereux? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03000
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etes-vous sous traitement pour cela? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03010
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Depuis l'étude précédente, avez-vous dû vous rendre ou être transporté(e) au service des urgences d'un hôpital? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02461
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etait-ce... Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02462 en raison de problèmes respiratoires?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02463 en raison de problèmes cardio-vasculaires ou circulatoires?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etes-vous allé dans un service d'urgences pour des problèmes respiratoires au cours des 12 derniers mois? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02390
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etait-ce dû à de l'asthme, à des difficultés à respirer ou à des sifflements dans la poitrine? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02400
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Combien de fois pendant les 12 derniers mois? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02410

_____ (introduire le nombre)

- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû vous rendre dans un service d'urgences pour des problèmes cardiaques ou vasculaires?

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

T_H02420

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Etait-ce dû à...

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

T_H02430

une angine de poitrine

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02431

un infarctus du myocarde

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02432

Troubles du rythme cardiaque

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02433

une insuffisance cardiaque

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02434

Hypertension

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02436

D'autres troubles de la circulation ou des maladies vasculaires (accident cérébrovasculaire) (par exemple thrombose, phlébite)

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de fois au cours des 12 derniers mois?

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

T_H02450

_____ (introduire le nombre)

- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Depuis l'étude précédente, avez-vous passé une nuit à l'hôpital?

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

T_H02571

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Etait-ce...

Saut

Seul.Femm

Saut d'origin

T_H02572 pour cause de difficultés à respirer ou de problèmes de respiration
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02573 en raison de problèmes cardio-vasculaires
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous passé une nuit à l'hôpital pour des problèmes respiratoires dans les 12 derniers mois ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02480
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etait-ce dû de l'asthme, à des difficultés à respirer ou à des sifflements dans la poitrine? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02490
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Au cours des 12 derniers mois, combien de nuits avez-vous passées dans les services hospitaliers ci-après en raison de problèmes respiratoires? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02500 Médecine interne
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02501 Pneumologie
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02502 Rééducation
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02503 Soins intensifs
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02504 Autre
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous passé une nuit à l'hôpital en raison de problèmes cardiaques ou circulatoires? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02520
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etait-ce dû à... Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02530 une angine de poitrine
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

- T_H02531 un infarctus du myocarde
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02532 des troubles du rythme cardiaque
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02533 une insuffisance cardiaque
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02534 une hypertension
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02536 d'autres troubles de la circulation (p.ex. accident cérébrovasculaire) ou maladies vasculaires (p.ex. thrombose, phlébite)
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Au cours des 12 derniers mois, combien de nuits avez-vous passées dans les services hospitaliers ci-après en raison de problèmes cardiaques ou circulatoires? Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H02550 Médecine générale / Médecine interne
 _____ (introduire le nombre)
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02551 Cardiologie
 _____ (introduire le nombre)
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02552 Rééducation
 _____ (introduire le nombre)
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02553 Soins intensifs
 _____ (introduire le nombre)
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus
- T_H02554 Autres
 _____ (introduire le nombre)
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Depuis l'étude précédente, avez-vous été examiné(e) par un médecin? Saut Seul.Femm Saut d'origin

- T_H02721
 ___ non
 ___ oui
 ___ non significatif
 ___ je ne sais pas
 ___ refus

Etait-ce... Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02722 en raison de troubles respiratoires ou de difficultés à respirer?
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02723 en raison de problèmes cardio-vasculaires
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été examiné par un médecin à cause de problèmes respiratoires ou parce que vous étiez essoufflé? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02590
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etait-ce pour de l'asthme, de l'essoufflement ou des sifflements dans la poitrine? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02600
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été traité(e) par votre médecin pour des troubles respiratoires ou de l'essoufflement, dans les endroits suivants? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02610 à votre domicile (sauf les visites en urgence)
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02611 à son cabinet
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02612 à votre domicile en urgence
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

T_H02613 autres endroits
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été examiné(e) par un spécialiste (pneumologue, allergologue, spécialiste en médecine interne, ORL) pour des troubles respiratoires ou pour de l'essoufflement? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02630
__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Combien de fois ? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02640
_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été examiné(e) par un médecin pour des troubles cardiaques ou circulatoires? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02650

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Etait-ce dû à...

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02660 une angine de poitrine

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02661 un infarctus du myocarde

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02662 des troubles du rythme cardiaque

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02663 une insuffisance cardiaque

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02664 une hypertension

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02666 d'autres troubles de la circulation (accident cérébrovasculaire) ou maladies vasculaires (p.ex. thrombose, phlébite)

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois votre médecin de famille vous a-t-il traité(e) pour des troubles cardiaques ou circulatoires dans les endroits suivants?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02680 à votre domicile (sauf les visites en urgence)

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02681 dans son cabinet

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02682 à votre domicile en urgence

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02683 autre endroit

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été examiné(e) par un spécialiste (spécialiste en médecine interne, cardiologue, radiologue) pour des troubles cardiaques ou circulatoires?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02700

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de fois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02710

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez-vous des rendez-vous réguliers chez un médecin?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02831

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Etait-ce...

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02832

- pour cause d'asthme, de difficultés à respirer ou de sifflements dans la poitrine?
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02833

- en raison de problèmes cardio-vasculaires
- non
 - oui
 - non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Avez-vous des rendez-vous réguliers chez un spécialiste pour cause d'asthme, d'essoufflement ou de sifflements dans la poitrine?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02840

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous des rendez-vous réguliers chez un médecin généraliste pour cause d'asthme, d'accès d'essoufflement ou de sifflements dans la poitrine?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02850

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous des rendez-vous réguliers chez un spécialiste en raison de troubles cardiaques ou circulatoires?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02870

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Avez-vous des rendez-vous réguliers chez votre médecin de famille en raison de troubles cardiaques ou circulatoires?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02880

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un quelconque examen clinique ou de laboratoire?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H02891

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Etait-ce...

Saut *Seul.Femm* *Saut d'origin*

T_H02892 pour cause d'asthme, de difficultés à respirer ou de sifflements dans la poitrine?

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

T_H02893 en raison de problèmes cardiaques ou circulatoires

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Combien de fois avez-vous subi les tests suivants pendant les 12 derniers mois?

Saut *Seul.Femm* *Saut d'origin*

T_H02900 Test respiratoire dans un laboratoire de fonction pulmonaire

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02901 Tests cutanés allergiques

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02902 Analyses de sang destinées à déceler d'éventuelles allergies

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02903 Examens radiologiques

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Combien de fois avez-vous subi les examens ci-après au cours des 12 derniers mois?

Saut *Seul.Femm* *Saut d'origin*

T_H02930 ECG

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02931 ECG d'effort

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

T_H02932 ECG sur 24 heures

- _____ (introduire le nombre)
- non significatif
 - je ne sais pas
 - refus

Travaillez-vous actuellement ?

Saut *Seul.Femm* *Saut d'origin*

T_H03020

- non
- oui
- non significatif
- je ne sais pas
- refus

Au cours des 12 derniers mois, combien de journées de travail avez-vous manquées à cause d'asthme, de sifflements dans la poitrine ou d'essoufflement?

Saut *Seul.Femm* *Saut d'origin*

T_H03030

- _____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû arrêter définitivement de travailler pour cause d'asthme, d'essoufflement ou de sifflements dans la poitrine?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03050

- non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Etait-ce...

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03060

- Année
(AAAA)
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H03061

- Mois
(M)
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H03062

- Jour
(J)
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû, certains jours, renoncer à certaines activités autres que professionnelles (p. ex. s'occuper des enfants, du ménage, étudier) pour cause d'asthme, d'essoufflement ou de sifflements dans la poitrine?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03090

- non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Combien de jours par mois en moyenne?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03100

- _____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Au cours des 12 derniers mois, combien de jours avez-vous dû manquer le travail en raison de troubles cardiaques ou circulatoires?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03040

- _____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû arrêter définitivement de travailler en raison de troubles cardiaques ou circulatoires?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03070

- non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Quand?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03080 Année
(AAAA)
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H03081 Mois
(M)
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

T_H03082 Jour
(J)
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû, certains jours, renoncer à certaines activités autres que professionnelles (p. ex. s'occuper des enfants, du ménage, étudier) en raison de problèmes cardiaques ou circulatoires? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03110
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Combien de jours par mois en moyenne? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03120
_____ (introduire le nombre)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Avez-vous fumé au cours des 60 dernières minutes? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03130
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Au cours des 12 dernières heures, avez-vous utilisé un produit pour inhalations? (montrer la liste) Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03170
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Quel produit en inhalation? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03180
_____ (introduire la réponse)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Quel dosage? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03190
_____ (introduire la réponse)
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Au cours de ces 60 dernières minutes, avez-vous utilisé un produit pour inhalations? Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03140
 non
 oui
 non significatif
 je ne sais pas
 refus

Quel produit pour inhalations?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03150

_____ (introduire la réponse)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quel dosage?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03160

_____ (introduire la réponse)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous eu une infection des voies respiratoires au cours des dernières semaines?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03290

__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quand était-ce?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03295

__ la semaine passée
__ le mois passé
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Depuis combien de jours cette infection est-elle guérie complètement?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03300

_____ (introduire le nombre)
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous eu un infarctus du myocarde au cours des 3 derniers mois?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03310

__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Avez-vous, à votre connaissance, une tuberculose?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03320

__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Etes-vous enceinte?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03330

__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Allaitez-vous?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H03340

__ non
__ oui
__ non significatif
__ je ne sais pas
__ refus

Quel est votre état civil?

Saut Seul.Femm Saut d'origin

T_H04000

- marié(e)
- divorcé(e)
- veuf (veuve)
- célibataire
- non significatif
- je ne sais pas
- refus