

### Section I. Qualité de vie

*Veillez cocher la case correspondant à votre réponse.*

*Au cours des 7 derniers jours, à quel point vous a-t-il été difficile de :*

	Très difficile	Assez difficile	Légèrement difficile	Pas difficile
1. Faire des activités qui exigent un effort, telles que du jardinage ou de l'exercice physique.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Marcher à la même vitesse que les autres (famille, amis, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Porter des choses lourdes, telles que des livres ou des sacs de courses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Monter un étage par les escaliers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) :*

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
5. Bien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fatigué(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Anxieux/-ieuse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plein(e) d'énergie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Épuisé(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Triste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Déprimé(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Êtes-vous actuellement sous un traitement quelconque (p. ex. médicaments oraux ou inhalés, kinésithérapie respiratoire, ou dispositif PEP, Flutter<sup>®</sup>, ou Vest) pour la dilatation des bronches ?*

Oui

Non (Veillez passer à la question 15 sur la page suivante)

*Veillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse. Choisissez une seule réponse par question.*

12. À quel point vos traitements pour la dilatation des bronches rendent-ils votre vie quotidienne plus difficile ?
1. Pas du tout
  2. Un peu
  3. Modérément
  4. Beaucoup
13. À l'heure actuelle, combien de temps consacrez-vous chaque jour à vos traitements pour la dilatation des bronches ?
1. Beaucoup de temps
  2. Une quantité de temps modérée
  3. Un peu de temps
  4. Presque pas de temps
14. À quel point vous est-il difficile d'intégrer vos traitements pour la dilatation des bronches dans votre vie au quotidien ?
1. Pas du tout
  2. Légèrement
  3. Assez
  4. Très

**Veillez passer à la page suivante**

*Veillez entourer le chiffre correspondant à votre réponse. Choisissez une seule réponse par question.*

15. Comment trouvez-vous votre état de santé actuel ?

1. Excellent
2. Bon
3. Moyen
4. Mauvais

*Veillez cocher la case correspondant à votre réponse.*

*En pensant à votre santé au cours des 7 derniers jours, veuillez indiquer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous.*

	Totalement vraie	Assez vraie	Un peu vraie	Pas du tout vraie	
16. Je dois limiter les activités qui exigent un effort, telles que la marche ou l'exercice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Je dois rester chez moi plus que je ne le voudrais.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Je suis inquiet/-ète à l'idée d'être exposé(e) à des gens qui sont malades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas
19. Il m'est difficile d'être intime avec mon/ma partenaire (baisers, étreintes, activité sexuelle).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je mène une vie normale.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Je crains que ma santé se détériore.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. J'ai l'impression que ma toux dérange les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Je me sens souvent seul(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Je me sens en bonne santé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Il m'est difficile de faire des projets (vacances, participation à des réunions familiales, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26. Je ressens de l'embarras lorsque je tousse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Veillez entourer le chiffre ou cocher la case qui correspond à votre réponse.*

*Au cours des 7 derniers jours :*

27. À quel point avez-vous eu du mal à rester à jour dans votre travail, vos tâches ménagères ou d'autres activités quotidiennes ?

1. Vous n'avez pas eu de mal à rester à jour
2. Vous avez réussi à rester à jour mais cela a été difficile
3. Vous avez pris du retard
4. Vous n'avez pas du tout réussi à faire ces activités

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
28. À quelle fréquence votre dilatation des bronches fait-elle obstacle à la tenue de votre maison et à vos objectifs professionnels, familiaux ou personnels ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Veillez passer à la page suivante**

**Section II. Symptômes respiratoires***Veillez cocher la case correspondant à votre réponse.**Veillez indiquer comment vous vous êtes senti(e) au cours des 7 derniers jours :*

- |   | Beaucoup                 | Modérément               | Un peu                   | Pas du tout              |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 29. Avez-vous eu les bronches encombrées ? .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Avez-vous toussé au cours de la journée ? .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Avez-vous dû tousser pour évacuer des glaires ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
32. Vos glaires ont-elles été principalement :  Claires  Claires à jaunes  Jaunâtres à vertes  
 Brunées à brun foncé  Vertes avec des traces de sang  Ne sais pas

*Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence :*

- |  | Toujours                 | Souvent                  | Parfois                  | Jamais                   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 33. Avez-vous été essoufflé(e) à cause d'activités telles que des tâches ménagères ou du jardinage ? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Votre respiration s'est-elle accompagnée de sifflements ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Avez-vous ressenti des douleurs dans la poitrine ? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Avez-vous été essoufflé(e) en parlant ? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Vous êtes-vous réveillé(e) la nuit à cause de votre toux ? .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Veillez vous assurer d'avoir répondu à toutes les questions.***MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !**