

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[®], 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"/>				
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 !**