

Questionnaire

Date de la RCA :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

Pneumologue référent :

Participants à la RCA :

Question posée

Antécédents

▼ Antécédents personnels

Prématurité oui (*poids de naissance* : g) non NSP (*ne sais pas*)

Ventilation en période néonatale oui non NSP

Atopie oui: dermatite atopique rhinite allergique allergie alimentaire
 non NSP

Pathologie ORL oui (*préciser*) :
 non NSP

Autres antécédents personnels

▼ Antécédents familiaux

Asthme oui (*préciser*) :
 non NSP

Atopie oui (*préciser*) :
 non NSP

Autres antécédents familiaux pertinents

oui (*préciser*) :
 non NSP

Environnement

▼ Profession

Aggravation au travail : oui non NSP (ne sais pas)

▼ Tabac non-fumeur fumeur : date de début :
 ex-fumeur : date de début : date d'arrêt :
PA (paquet/année)

▼ Cannabis oui non NSP

▼ E-cigarette oui non NSP

▼ Pollution (*habitant en centre-ville, à moins de 500 m d'une route principale ou à proximité d'industries*) :

oui non NSP

▼ Habitat (*acariens, moisissures, rural ou citadin, mode de chauffage, animaux, bougies/encens*) :

▼ Précarité sociale oui non NSP

▼ Visite CMEI oui non NSP

▼ Loisirs (*préciser*) :

— rôle aggravant : oui non NSP

Histoire de l'asthme

- ▼ **Âge de début** mois/ ans
- ▼ **Asthme sévère non contrôlé dans l'enfance** oui non NSP
- ▼ **Antécédent d'hospitalisations pour asthme dans la vie** oui non NSP
- dont réanimation : oui (..... fois) non NSP
- dont ventilation assistée : oui (..... fois) non NSP

État actuel de l'asthme

▼ Ces 12 derniers mois

- nombre de consultations non programmées :
- nombre de passages aux urgences :
- nombre d'hospitalisations : — nombre d'exacerbations sévères :
- nombre de cures de corticoïdes : (dose cumulée par exacerbation mg)

▼ Symptômes actuels

ACT : /25 ou ACQ- : /

État intercritique

- pas de symptôme
- toux si oui : toux sèche toux productive
- sifflements
- dyspnée à l'effort ; si oui : mMRC : /4

Traitement

▼ Traitement actuel de l'asthme

Si corticothérapie orale, préciser :

- date d'instauration : (année)
- dose quotidienne : mg d'équivalent prednisone par jour
- dose cumulée sur les 12 derniers mois : mg d'équivalent prednisone par an

▼ **Traitements de palier 5 déjà reçus et interrompus :**

Biothérapies

• **Benralizumab :** oui non

Si oui, date d'instauration : (année) ; durée de traitement : (mois)

Échec (*préciser*) :

Intolérance (*préciser*) :

• **Dupilumab :** oui non

Si oui, date d'instauration : (année) ; durée de traitement : (mois)

Échec (*préciser*) :

Intolérance (*préciser*) :

• **Mepolizumab :** oui non

Si oui, date d'instauration : (année) ; durée de traitement : (mois)

Échec (*préciser*) :

Intolérance (*préciser*) :

• **Omalizumab :** oui non

Si oui, date d'instauration : (année) ; durée de traitement : (mois)

Échec (*préciser*) :

Intolérance (*préciser*) :

• **Reslizumab :** oui non

Si oui, date d'instauration : (année) ; durée de traitement : (mois)

Échec (*préciser*) :

Intolérance (*préciser*) :

Autres molécules

• **Macrolides** : oui non

Si oui, date d'instauration : _____ (année) ; durée de traitement : _____ (mois)

Échec (*préciser*) : _____

Intolérance (*préciser*) : _____

• **Montelukast** : oui non

Si oui, date d'instauration : _____ (année) ; durée de traitement : _____ (mois)

Échec (*préciser*) : _____

Intolérance (*préciser*) : _____

• **Immunosuppresseurs** : oui non lequel :

Si oui, date d'instauration : _____ (année) ; durée de traitement : _____ (mois)

Échec (*préciser*) : _____

Intolérance (*préciser*) : _____

• **Théophylline** : oui non

Si oui, date d'instauration : _____ (année) ; durée de traitement : _____ (mois)

Échec (*préciser*) : _____

Intolérance (*préciser*) : _____

Essai clinique : oui non

Si oui, date d'instauration : _____ (année) ; durée de traitement : _____ (mois)

Échec (*préciser*) : _____

Intolérance (*préciser*) : _____

Thermoplastie bronchique : oui non

Si oui, année :

Traitement des comorbidités allergiques et ORL :

• antihistaminique : oui non

• corticoïde nasal : oui non

• immunothérapie allergénique : oui non

allergène :

date : (année)

durée : (mois)

Traitement du RGO : IPP prise en charge chirurgicale

Autres traitements :

Kinésithérapie respiratoire

oui (*préciser*) :

non

Réhabilitation respiratoire

oui (*date*) :

non

Appareillage ventilatoire

• oxygénothérapie longue durée : oui (débit : l/min) non

• ventilation : oui (*préciser*) :

non

Statut vaccinal

vaccination antigrippale annuelle oui non NSP

vaccination antipneumococcique < 5 ans oui non NSP

mise à jour du calendrier vaccinal
pour les patients sous CO au long cours oui non NSP

Complications de la corticothérapie orale

	oui	non	Pas recherché	Si oui préciser
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ostéoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dermatoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaucome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Adhérence au traitement

Observance :

Score MARS : /25 ou parfaite moyenne médiocre

Technique de prise des dispositifs d'inhalation :

parfaite moyenne médiocre

A bénéficié d'un programme d'éducation thérapeutique :

oui (préciser) :
 non NSP

Bilan diagnostique

Explorations fonctionnelles respiratoires

	VEMS/CVF	VEMS préBD	VEMS postBD	CVF	VR	DLCO	NO exhalé
Date : <input type="text"/>							
Date : <input type="text"/>							
Date : <input type="text"/>							
Date : <input type="text"/>							

Examens

Fibroskopie bronchique : date : (jj/mm/aa) :

Interprétation :

Scanner thoracique : date (jj/mm/aaaa) :

- Bronchectasies
- Micronodules : bronchiolaires autre
- Piégeage expiratoire
- Épaississement pariétal bronchique
- Nodules
- Verre dépoli
- Autre (**préciser**) :

Biologie

Éosinophiles : /mm³ date : (jj/mm/aaaa) :

valeur maximale : /mm³ date : (jj/mm/aaaa) :

IgE totales : kUI/L

Sérologie aspergillaire : positive négative non faite(NF)

IgE aspergillus : kUa/L

ANCA : positif négatif NF

Alpha-1 antitrypsine : normal déficitaire NF

Test de la sueur : normal anormal NF

NO nasal : normal anormal NF

Dosage Ig : normal anormal NF

Dosage sous-classes IgG : normal anormal NF

Comorbidités

▼ Allergies respiratoires

Allergènes	Sensibilisation	Test biologique positif	Pertinence clinique
Dermatophagoïdes Pteronyssinus	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Dermatophagoïdes Farinae	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Alternaria	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Aspergillus Fumigatus	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Chat	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Chien	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Graminées	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Bétulacées	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP

Herbacées	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Blatte	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP
Autres :	<input type="radio"/> positif <input type="radio"/> négatif <input type="radio"/> non fait	<input type="radio"/> prick <input type="radio"/> IgE spécifique Taux : <input type="text"/> KUa/Lt	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NSP

▼ Inflammation ORL

Rhinite oui non non recherchée

Sinusite oui non non recherchée

Polypose nasale oui non non recherchée

Symptômes actuels

prurit oui non NSP

anosmie oui non NSP

rhinorrhée oui non NSP

éternuements oui non NSP

obstruction oui non NSP

Chirurgie de polypes oui nombre : non NSP

Consultation ORL oui non NSP

Scanner des sinus : date (jj/mm/aaaa) : NSP

interprétation :

Facteurs aggravants

Syndrome d'hyperventilation

oui non non recherché

score de Nijmegen : /64

Test de provocation d'hyperventilation :

positif négatif non fait

Dyskinésie des cordes vocales

oui non non recherché

RGO :

oui non non recherché

SAOS :

oui non non recherché

Anxiété :

oui non non recherché

Conclusion

▼ Diagnostic d'asthme retenu

oui non

Si non, diagnostic différentiel retenu :

▼ Diagnostic d'asthme sévère retenu

oui non

Si non, préciser :

diagnostic associé non contrôlé :

adhérence thérapeutique non optimale :

▼ Phénotype d'asthme

Asthme avec obésité :

oui non IMC : kg/m²

Asthme prémenstruel :

oui non non recherché

T2

allergique

allergique avec sensibilisation fongique

éosinophile

exacerbé par les AINS/aspirine

autres critères (préciser) :

non T2

Proposition de prise en charge

▼ Explorations complémentaires à réaliser:

▼ Propositions thérapeutiques:

▼ Essai clinique:

▼ Réévaluation dans mois

▼ Objectifs/critères d'efficacité à évaluer

- diminuer le nombre d'exacerbations de (*préciser*):
- améliorer le score ACT de (*préciser*):
- améliorer le VEMS de (*préciser*):
- diminuer la dose des corticoïdes systémiques de (*préciser*):
- autre (*préciser*):

▼ Inclusion dans une cohorte: