

## Annexe

Portrait de la présence et de l'influence de la rhinite allergique chez les sujets asthmatiques adultes.  
*Pharmactuel* 2016;49(4):221-30.

### Questionnaire

1. Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu les symptômes d'allergie suivants (en excluant les périodes de rhume/grippe)?

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
Nez qui coule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Éternuement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nez bouché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux rouges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nez qui pique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux qui piquent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raclement de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez rapporté au moins un de ces symptômes d'allergie, veuillez s'il vous plaît répondre aux questions suivantes :

2. Dans les 12 derniers mois, pour combien de semaines ces symptômes d'allergie étaient-ils présents?

- Moins** de 4 semaines consécutives       4 semaines consécutives ou **plus**

3. Lorsque vous aviez ces symptômes d'allergie, combien de jours par semaine étaient-ils présents ?

- Moins** de 4 jours       4 jours ou **plus**

4. Avez-vous consulté un médecin concernant ces symptômes d'allergie?  OUI     NON

**Si OUI** : Lequel ou lesquels :

- Omnipraticien     Pneumologue     Allergologue     Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Votre médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une rhinite allergique?  OUI     NON

5. Dans les 12 derniers mois, à quel point vous êtes-vous senti(e) incommodé(e) par la présence de ces symptômes d'allergie dans les activités suivantes :

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
Vous êtes-vous réveillé durant la nuit à cause de symptômes d'allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu à vous absenter du travail/de l'école à cause de symptômes d'allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu à éviter de faire vos activités quotidiennes à cause de symptômes d'allergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Lorsque vous avez des symptômes d'allergie, remarquez-vous la détérioration **des symptômes d'asthme** suivants?

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppression (serrement) de la poitrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essoufflement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiration sifflante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Durant la période où vous avez eu des symptômes d'allergie, avez-vous eu à changer vos habitudes de **traitement de l'asthme**?

OUI     NON

**Si OUI, précisez comment :**

Prise plus fréquente de vos inhalateurs de secours

Prise plus fréquente de vos inhalateurs de contrôle

Utilisation d'un traitement supplémentaire

Autres (précisez) \_\_\_\_\_