


Questionnaire autoadministré sur l'asthme¹

À chacune des questions suivantes, veuillez cocher la case appropriée.
Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse, cochez « NON ».

	NON	OUI
1. Avez-vous eu des silements ou des sifflements dans votre poitrine, à un moment quelconque au cours des <u>12 derniers mois</u> ? Si « NON », passez à la question 2 Si « OUI » :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1. Étiez-vous essoufflé(e) , même légèrement, quand vous avez entendu ces silements ou sifflements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2. Avez-vous eu ces silements ou sifflements quand vous n'étiez PAS enrhumé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de serrement dans votre poitrine ou avez-vous été réveillé(e) par une crise d' essoufflement , à un moment quelconque au cours des <u>12 derniers mois</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous été réveillé(e) par une crise de toux , à un moment quelconque au cours des <u>12 derniers mois</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des <u>12 derniers mois</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prenez-vous actuellement des médicaments pour l'asthme (incluant des inhalateurs en pompe, aérosols ou pilules) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <i>Quand vous êtes sur les lieux de travail</i> , vous arrive-t-il de commencer à vous sentir essoufflé(e) ou d'avoir une sensation de serrement dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <i>Quand vous êtes sur les lieux de travail</i> , vous arrive-t-il de commencer à tousser ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <i>Quand vous êtes sur les lieux de travail</i> , vous arrive-t-il de commencer à avoir des silements ou des sifflements dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si « OUI » à la question 6 ou 7 ou 8 : Est-ce que ces problèmes reliés à votre travail s'améliorent ou disparaissent durant la fin de semaine ou durant les vacances ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Vous pourriez souffrir d'ASTHME Si vous avez coché « OUI » 3 fois ou plus.</p> <p style="text-align: center;"></p> <p>Pour obtenir une évaluation complète de ce problème de santé, contactez le plus tôt possible l'infirmière en santé au travail :</p> <p>Nom : _____</p> <p>Téléphone : _____</p> <p>Dans ce cas, il est important d'examiner si votre travail est la cause de vos symptômes.</p>		

¹ Adaptation du questionnaire utilisé pour la surveillance médicale des travailleurs dans le cadre du « Programme provincial isocyanates 2000-2008 » appliqué par le Réseau de santé publique en santé au travail du Québec. Référence : Labrecque M, Malo JL, Alaoui KM, Rabhi K. Medical surveillance programme for diisocyanate exposure. Occup Environ Med 2011; 68: 302-307. Source : Guide de surveillance médicale et recommandations concernant les seuils d'interventions préventives pour les poussières de bois, Guide de pratique professionnelle, Comité médical provincial en santé au travail du Québec, 20 février 2014.