

Votre enfant a-t-il de l'asthme (difficulté à respirer)?

Oui

Non

<i>La semaine dernière...</i>	jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
1. ... mon enfant s'est réveillé dans la nuit à cause de son asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... mon enfant a ressenti un grondement ou un sifflement en respirant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... mon enfant eu peur de faire une crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... mon enfant a été embêté d'inhaler ou de prendre ses médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... mon enfant a eu honte à cause de son asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... mon enfant n'a pas été content de lui à cause de son asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... il y a eu des problèmes à la maison à cause de l'asthme de mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... j'ai interdit certaines activités à mon enfant à cause de son asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... on s'est moqué de mon enfant à cause de son asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... mon enfant a été mis de côté par les autres pour certaines activités à cause de son asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... mon enfant a eu des problèmes de concentration à cause de son asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... mon enfant a été aussi bon en sport que ses camarades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. La semaine dernière, quelle a été la fréquence de ses difficultés respiratoires (asthme) ?
<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> souvent <input type="checkbox"/> toujours
14. La semaine dernière, quelle a été la gravité de ses problèmes respiratoires?
<input type="checkbox"/> pas grave <input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> modérément grave <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> très grave
15. La semaine dernière, à quel point ses problèmes respiratoires l'ont-ils dérangé ?
<input type="checkbox"/> pas du tout <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> modérément <input type="checkbox"/> assez <input type="checkbox"/> beaucoup