

As-tu de l'asthme (difficulté à respirer)?

Oui

Non

<i>La semaine dernière...</i>	jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
1. ... je me suis réveillé(e) dans la nuit à cause de mon asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... j'ai ressenti un grondement ou un sifflement en respirant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... j'ai eu peur de faire une crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... inhaler ou prendre mes médicaments m'a embêté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... j'ai eu honte à cause de mon asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... je n'ai pas été content(e) de moi à cause de mon 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 mon asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... mes parents m'ont interdit certaines choses à cause de mon asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... on s'est moqué de moi à cause de mon asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... j'ai été mis(e) de côté à cause de mon asthme quand les autres faisaient des choses ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... j'ai eu des problèmes de concentration à cause de mon asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... j'ai été aussi bon(ne) que mes amis en sport	<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 tes 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 tes 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 tes problèmes respiratoires t'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