

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PATIENTS À PROPOS DE LA TOUX CHRONIQUE



Werftstrasse 4
CH-6005 Lucerne
T +41 58 618 30 30
F +41 58 618 30 40
msd.ch

Ce questionnaire s'adresse aux patients souffrant d'une toux qui dure depuis plus de 8 semaines. En répondant aux questions suivantes, vous pouvez faciliter un entretien ciblé avec votre médecin. Remplir ce questionnaire ne constitue pas un diagnostic de quelque forme que ce soit.

En cas de problèmes de santé, veuillez consulter un médecin.

SOUFFREZ-VOUS D'UNE TOUX DEPUIS PLUS DE 8 SEMAINES?

Le cas échéant, veuillez répondre aux questions ci-après pour décrire votre toux. Veuillez cocher les réponses pertinentes.

1. Depuis quand toussiez-vous? _____ ans
(Veuillez indiquer la durée en années et mois)
_____ mois

2. Avec quelle fréquence la toux ou les épisodes de toux (plusieurs quintes de toux à courts intervalles) surviennent-ils chez vous?
(Veuillez ne cocher qu'une seule réponse)

☐ Plus d'1x par jour ☐ 1x par jour ☐ Plusieurs fois par semaine ☐ Moins d'1x par semaine

3. Fumez-vous ou avez-vous fumé?
(Veuillez cocher ou remplir toutes les réponses qui vous concernent)

☐ Je fume actuellement. ☐ J'ai fumé. ☐ Je suis non-fumeur.

Depuis combien de temps? _____ Pendant combien de temps? _____
Combien de cigarettes par jour? _____ Combien de cigarettes par jour? _____
Depuis quand ne fumez-vous plus? _____
Jours: _____ Mois: _____ Années: _____

4. Si vous êtes fumeur, veuillez cocher les réponses qui vous concernent.

☐ Ma toux est récente ou a évolué récemment. ☐ Ma voix a changé récemment.

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PATIENTS À PROPOS DE LA TOUX CHRONIQUE



Werftstrasse 4
CH-6005 Lucerne
T +41 58 618 30 30
F +41 58 618 30 40
msd.ch

5. Parmi les symptômes suivants, lesquels sont survenus chez vous récemment?
(Veuillez cocher toutes les réponses qui vous concernent)

**SI VOUS COCHEZ UNE OU PLUSIEURS RÉPONSES, VEUILLEZ CONSULTER IMMÉDIATEMENT
UN MÉDECIN POUR CLARIFIER L'ORIGINE DES SYMPTÔMES!**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enrouement | <input type="checkbox"/> Fièvre |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à avaler en mangeant
ou en buvant | <input type="checkbox"/> Jambes enflées |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer la nuit ou
pendant les phases de repos | <input type="checkbox"/> Perte de poids inexplicable |
| <input type="checkbox"/> Expectoration de sang | <input type="checkbox"/> Nausées et vomissements |
| | <input type="checkbox"/> Infections récurrentes des voies
respiratoires |

6. Quels autres symptômes sont survenus chez vous dernièrement?
(Veuillez cocher toutes les réponses qui vous concernent)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En cas d'asthme existant:
sibilance et/ou oppression
thoracique | <input type="checkbox"/> Nez bouché |
| <input type="checkbox"/> Mucosités coulant du nez via la
paroi postérieure de la gorge | <input type="checkbox"/> Maux de gorge |
| | <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac ou goût acide dans la bouche |
| | <input type="checkbox"/> Incontinence urinaire |
| | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |

Veillez indiquer vos antécédents médicaux. Veuillez cocher les réponses pertinentes.

7. Prenez-vous actuellement un inhibiteur de l'ECA (enzyme de conversion de l'angiotensine, un médicament destiné à faire baisser la pression artérielle)?

OUI

NON

Les inhibiteurs de l'ECA les plus fréquemment prescrits sont les principes actifs lisinopril, captopril, énalapril et ramipril.

8. Avez-vous récemment passé une radio du thorax?

OUI

NON

QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PATIENTS À PROPOS DE LA TOUX CHRONIQUE



Werftstrasse 4
CH-6005 Lucerne
T +41 58 618 30 30
F +41 58 618 30 40
msd.ch

9. Une épreuve fonctionnelle respiratoire a-t-elle été réalisée chez vous récemment?

OUI

NON

10. Avez-vous passé un test de dépistage de la tuberculose?

OUI

NON

11. Veuillez fournir des informations sur les maladies mentionnées ci-dessous. Un dépistage de ces maladies a-t-il été réalisé chez vous? Une ou plusieurs de ces maladies ont-elles été diagnostiquées chez vous? Êtes-vous traité(e) pour l'une ou plusieurs des maladies mentionnées?

Asthme

☐ J'ai subi un examen.

☐ A été diagnostiqué(e) chez moi.

☐ J'ai été/suis traité(e) pour cette maladie.

☐ Je ne suis pas sûr(e).

Brûlures d'estomac / RGO (reflux gastro-œsophagien)

☐ J'ai subi un examen.

☐ A été diagnostiqué(e) chez moi.

☐ J'ai été/suis traité(e) pour cette maladie.

☐ Je ne suis pas sûr(e).

Toux en raison de maladies des voies

respiratoires supérieures (STOVAS, syndrome de toux d'origine des voies aériennes supérieures, appelé autrefois post nasal drip syndrom, PNDS)

☐ J'ai subi un examen.

☐ A été diagnostiqué(e) chez moi.

☐ J'ai été/suis traité(e) pour cette maladie.

☐ Je ne suis pas sûr(e).

Bronchite à éosinophiles non **asthmatique** (BENA)

☐ J'ai subi un examen.

☐ A été diagnostiqué(e) chez moi.

☐ J'ai été/suis traité(e) pour cette maladie.

☐ Je ne suis pas sûr(e).

Veuillez décrire la sévérité de votre toux.

Veuillez évaluer la sévérité de votre toux au cours de la semaine écoulée en utilisant l'échelle suivante. Dans votre appréciation, veuillez tenir compte aussi bien de la fréquence que de la sévérité de la toux.

Pas de toux

Toux extrêmement sévère

