

Azienda Sanitaria Locale di Mantova

# La santé à l'âge juvénile et l'environnement

## QUESTIONNAIRE POUR LES PARENTS

---

Chers parents,

Des informations sur la SANTE DE VOTRE FILS ou DE VOTRE FILLE vous sont demandées dans ce questionnaire. En outre, vous trouverez des questions sur ses habitudes de vie, sur son environnement domestique et sur sa famille.

Nous vous demandons de bien vouloir rendre le questionnaire rempli, dans l'enveloppe cachetée prévue à cet effet, à l'école dans un délai de 7 jours et de le remettre à l'enseignant de votre fils/fille.

Toutes les données recueillies seront traitées avec la plus grande discrétion dans le respect de la loi en vigueur sur la confidentialité (D.Lgs. 30-6-2003 n°196), seront traitées par le personnel sanitaire tenu au secret professionnel et conservées en lieu sûr.

Les résultats de l'enquête seront rendus publics seulement sous forme de statistiques à la fin de l'étude et il ne sera en aucun cas possible de retracer l'identité de chaque sujet.

NOUS VOUS REMERCIONS BEAUCOUP POUR VOTRE COLLABORATION.

---

Please cite the source appropriately. For more information  
contact [alessandro.marcon@univr.it](mailto:alessandro.marcon@univr.it)





## QUELQUES DONNEES SUR VOTRE FILS/FILLE

Toutes les informations recueillies seront traitées avec les garanties de confidentialité nécessaires, conformément à la loi en vigueur (D.Lgs. 30-6-2003 n°196 et règlements d'application successifs).

NOM DE VOTRE ENFANT	_____
PRENOM DE VOTRE ENFANT	_____
ECOLE	_____
CLASSE	_____
SECTION	_____
AGE (années révolues)	<input type="text"/> <input type="text"/> ANS
DATE DE NAISSANCE	<input type="text"/> <input type="text"/> JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE
SEXE	<input type="checkbox"/> MASCULIN <input type="checkbox"/> FEMININ
TAILLE DE VOTRE ENFANT :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CM
POIDS DE VOTRE ENFANT :	<input type="text"/> <input type="text"/> KG
COMMUNE DE NAISSANCE DE VOTRE ENFANT	_____
PROVINCE (OU ETAT ETRANGER) DE NAISSANCE DE VOTRE ENFANT	_____
SI VOTRE ENFANT N'EST PAS NE EN ITALIE, DEPUIS COMBIEN D'ANNEES VIT-IL EN ITALIE ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES

ADRESSE DE L'HABITATION
<i>Si votre enfant vit à plusieurs adresses (par exemple parce qu'il passe beaucoup de temps chez ses grands-parents ou parce que ses parents sont séparés), faites référence à l'adresse à laquelle votre enfant passe la plupart de son temps.</i>
COMMUNE _____
RUE _____ N _____
<i>Ces informations permettent d'avoir une référence géographique qui identifie avec précision la zone de résidence de votre enfant.</i>

DATE DE REMPLISSAGE DU QUESTIONNAIRE   JOUR   MOIS    ANNEE

## SECTION 1 - L'ETAT DE SANTE DE VOTRE ENFANT

### TROUBLES RESPIRATOIRES

1. Votre enfant a-t-il déjà eu des sifflements dans le thorax au moins une fois dans sa vie ?

Non



Passez à la question numéro 2

Oui



1.1 A quel âge est-ce arrivé pour la première fois?  ANNEES /  MOIS  
(Si avant 1 an, indiquer les mois)

1.2 **Au cours des 12 derniers mois**, votre enfant a-t-il eu des sifflements dans le thorax ?

Non



Passez à la question numéro 1.3

Oui



1.2.1 **Au cours des 12 derniers mois**, combien de crises de sifflements votre enfant a-t-il eu ?

- Aucune
- De 1 à 3
- De 4 à 12
- Plus de 12

1.2.2 **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois, en moyenne, votre enfant s'est-il réveillé durant la nuit à cause de sifflements dans le thorax ?

- Jamais
- Rarement (moins d'1 fois par mois)
- Parfois (moins d'1 fois par semaine)
- Souvent (1 ou plusieurs fois par semaine)

1.2.3 Les épisodes de sifflements dans le thorax ont-ils eu lieu pendant ou en dehors des rhumes ordinaires et de la grippe ?

- Seulement durant les rhumes ou la grippe
- Seulement en dehors des rhumes ou de la grippe
- En dehors et pendant les rhumes ordinaires et la grippe

1.3 **Au cours des 12 derniers mois**, votre enfant a-t-il eu des sifflements dans le thorax durant ou après un exercice physique ?

Non



Passez à la question numéro 2

Oui



1.3.1 A quelle fréquence ces épisodes ont-ils eu lieu ?

- Jamais
- Rarement (moins d'1 fois par mois)
- Parfois (moins d'1 fois par semaine)
- Souvent (1 ou plusieurs fois par semaine)

2. **Au cours des 12 derniers mois**, votre enfant a-t-il eu une toux sèche la nuit en dehors des rhumes ordinaires ou des infections respiratoires (exemple: grippe) ?

- Non, jamais
- Rarement (moins d'1 fois par mois)
- Parfois (moins d'1 fois par semaine)
- Souvent (1 ou plusieurs fois par semaine)

3. **Au cours des 12 derniers mois**, votre enfant a-t-il eu des crises d'essoufflement ?

- Non, jamais
- Rarement (moins d'1 fois par mois)
- Parfois (moins d'1 fois par semaine)
- Souvent (1 ou plusieurs fois par semaine)

4. **Au cours des 12 derniers mois**, est-il arrivé à votre enfant d'avoir une impression de constriction ou d'oppression au thorax en se réveillant le matin ?

- Non, jamais
- Rarement (moins d'1 fois par mois)
- Parfois (moins d'1 fois par semaine)
- Souvent (1 ou plusieurs fois par semaine)

5. Votre enfant a-t-il déjà eu de l'asthme ?

Non

Oui



*Passez à la question numéro 6 à la page suivante*

5.1 Cela a-t-il été confirmé par un médecin ?

- Non       Oui

5.2 A quel âge a-t-il eu sa première crise d'asthme ?

ANS

5.3 A quel âge a-t-il eu sa dernière crise d'asthme ?

ANS

5.4 D'habitude, dans quels mois de l'année a-t-il ses crises d'asthme ?

- |                         |                              |                              |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 5.4.1 Janvier/février   | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 5.4.2 Mars/avril        | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 5.4.3 Mai/juin          | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 5.4.4 Juillet/août      | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 5.4.5 Septembre/octobre | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 5.4.6 Novembre/décembre | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

5.5 **Au cours des 12 derniers mois, votre enfant a-t-il eu une crise d'asthme ?**

Non       Oui

↓

5.5.1 **Au cours des 12 derniers mois, combien de crises d'asthme votre enfant a-t-il eu ?**

||| NOMBRE DE CRISES

5.5.2 **Au cours des 3 derniers mois, combien de crises d'asthme votre enfant a-t-il eu ?**

||| NOMBRE DE CRISES

5.6 **Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre enfant s'est-il réveillé à cause de l'asthme ?**

Jamais

Moins de deux fois par mois

Au moins deux fois par mois, mais pas plus d'une fois par semaine

Plus d'une fois par semaine, mais pas la plupart des nuits

Chaque nuit ou presque toutes les nuits

5.7 **Au cours des 3 derniers mois, combien de fois votre enfant a-t-il eu des problèmes de respiration à cause de l'asthme ?**

Jamais

Moins d'une fois par semaine

Au moins une fois par semaine, mais moins d'une fois par jour

Environ une fois par jour

Continuellement

5.8 **Au cours des 12 derniers mois, votre enfant a-t-il pris des médicaments contre les sifflements ou l'asthme (comprimés, aérosols, spray ou autres remèdes) ?**

Non       Oui

6. **Votre enfant a-t-il une toux la plupart des jours (4 ou plus par semaine) en dehors des rhumes ordinaires ou de la grippe ?**

Non       Oui, pendant moins d'1 mois par an       Oui, pendant 1 ou 2 mois par an       Oui, pendant 3 mois ou plus par an

↓

6.1 Depuis combien d'années a-t-il cette toux ?      ||| ANS

7. **Votre enfant a-t-il une catarrhe la plupart des jours (4 ou plus par semaine) en dehors des rhumes ordinaires ou de la grippe ?**

Non       Oui, pendant moins d'1 mois par an       Oui, pendant 1 ou 2 mois par an       Oui, pendant 3 mois ou plus par an

↓

7.1 Depuis combien d'années a-t-il cette catarrhe ?      ||| ANS

8. Votre enfant a-t-il été dérangé, au moins une fois dans sa vie, par de fréquents éternuements, le nez qui coule, ou le nez bouché, en dehors des rhumes ordinaires et de la grippe ?

Non



Passez à la question numéro 9

Oui



8.1 **Au cours des 12 derniers mois**, votre enfant a-t-il été dérangé par de fréquents éternuements, le nez qui coule ou le nez bouché, en dehors des rhumes ordinaires et de la grippe?

Non, jamais



Passez à la question numéro 9

Rarement  
(Moins d'1 fois par mois)



Parfois  
(Moins d'1 fois par semaine)



Souvent  
(1 ou plusieurs fois par semaine)



8.1.1 **Au cours des 12 derniers mois**, ces problèmes nasaux ont-ils été accompagnés de démangeaison et de larmolement des yeux ?

Non

Oui

8.1.2 Au cours de quels mois de la dernière année votre enfant a-t-il eu ces problèmes nasaux ? (Marquez d'une croix les mois correspondants, même tous)

Janvier

Avril

Juillet

Octobre

Février

Mai

Août

Novembre

Mars

Juin

Septembre

Décembre

8.1.3 **Au cours des 12 derniers mois**, dans quelle mesure ces problèmes nasaux ont-ils empêché votre enfant d'exercer ses activités quotidiennes ?

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

9. Votre enfant a-t-il déjà eu des allergies nasales (y compris le « rhume des foins ») ?

Non



Passez à la question numéro 10

Oui



9.1 A quel âge ce rhume allergique a-t-il commencé ?  ANS

9.2 Votre enfant souffre-t-il encore de ce rhume allergique ?

Non

Oui



9.2.1 A quel âge a-t-il eu pour la dernière fois ce rhume allergique?

ANS

## TROUBLES DE LA PEAU

10. Votre enfant a-t-il eu, au moins une fois dans sa vie, une rougeur avec démangeaison, à un ou plusieurs endroits sur la peau, qui apparaissait et disparaissait pendant au moins 6 mois ?

Non



Passez à la question numéro 11

Oui



10.1 Votre enfant a-t-il eu cette rougeur de la peau avec démangeaison au moins une fois **au cours des 12 derniers mois** ?

Non



Passez à la question numéro 10.2

Oui



10.1.1 Votre enfant a-t-il eu cette rougeur de la peau avec démangeaison au moins une fois, à un ou plusieurs des endroits suivants : les plis des coudes, derrière les genoux, la surface antérieure des chevilles, sous les fesses ou autour du cou, autour des oreilles ou autour des yeux ?

Non

Oui

10.1.2 Cette rougeur de la peau avec démangeaison a-t-elle complètement disparu au moins une fois **au cours des 12 derniers mois** ?

Non

Oui

10.1.3 **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois, en moyenne, votre enfant est resté éveillé la nuit à cause de cette rougeur de la peau avec démangeaison ?

Jamais au cours des 12 derniers mois

Moins d'1 nuit par semaine

1 ou plusieurs nuits par semaine

10.2 A quel âge cette rougeur de la peau avec démangeaison s'est-elle présentée pour la première fois ?

ANS

10.3 A quel âge cette rougeur de la peau avec démangeaison s'est-elle présentée pour la dernière fois ?

ANS

11. Votre enfant a-t-il déjà eu de l'eczéma ?  Non  Oui

12 **Au cours des 3 derniers mois**, votre enfant a-t-il souffert de l'un des troubles suivants ?

Répondez à chaque demande même si votre enfant n'a eu aucun des troubles

	Non, jamais	Rarement (Moins d'1 fois par mois)	Parfois (Moins d'1 fois par semaine)	Souvent (1 ou plu- sieurs fois par semaine)
12.1 Peau du visage sèche ou rouge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2 Peau des oreilles ou cuir chevelu avec démangeaison ou desquamation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3 Peau des mains sèche, rouge ou qui démange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4 Rougeur avec démangeaison, sur une ou plusieurs zones de la peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## TROUBLES DES YEUX

13. **Au cours des 3 derniers mois**, votre enfant a-t-il souffert de l'un des troubles suivants aux yeux ?  
*Répondez à chaque demande même si votre enfant n'a eu aucun des troubles*

	Non, jamais	Rarement (Moins d'1 fois par mois)	Parfois (Moins d'1 fois par semaine)	Souvent (1 ou plu- sieurs fois par semaine)
13.1 Démangeaison aux yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Gonflement des paupières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Rougeur aux yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Des yeux brillants, qui pleurent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Douleur aux yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 Sensation d'avoir quelque chose dans les yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7 Battement des paupières continu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8 Photophobie (sensibilité anormale à la lumière)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si vous avez indiqué « rarement », « parfois » ou « souvent » pour un ou plusieurs des troubles cités, répondez à la question suivante, dans le cas contraire passez à la question 14*

13.9 **Au cours des 3 derniers mois**, votre enfant a-t-il souffert des troubles indiqués uniquement quand il se trouvait à en plein air (ou uniquement après avoir été en plein air) ?

Non       Oui

14. **Au cours des 3 derniers mois**, votre enfant a-t-il utilisé des médicaments à avaler ou des collyres contre un trouble ou une irritation des yeux ?

- Non, jamais
- Rarement (moins d'1 fois par mois)
- Parfois (moins d'1 fois par semaine)
- Souvent (1 ou plusieurs fois par semaine)

## AUTRES TROUBLES CHEZ VOTRE ENFANT

15. Au cours des 3 derniers mois, votre enfant a-t-il souffert des troubles suivants ?				
	Non, jamais	Rarement (Moins d'1 fois par mois)	Parfois (Moins d'1 fois par semaine)	Souvent (1 ou plu- sieurs fois par semaine)
15.1 Sécheresse du nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2 Sécheresse de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.3 Sécheresse de la gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.4 Voix rauque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.5 Irritation ou brûlure au nez <i>(en dehors des rhumes ordinaires et de la grippe)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.6 Mal d'estomac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.7 Nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.8 Vertiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.9 Mal de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.10 Sensation d'avoir la tête lourde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.11 Agitation ou nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.12 Difficulté à rester concentré sur quelque chose pendant plus de quelques instants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.13 Fatigue ou faiblesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.14 Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.15 Sentir des goûts inhabituels en mangeant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.16 Sentir des odeurs étranges ou irritantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. **Au cours des 12 derniers mois**, votre enfant a-t-il eu un rhume ou une grippe ?
- Non       Oui
17. **Au cours des 12 derniers mois**, votre enfant a-t-il pris des antibiotiques qui lui ont été prescrits par un médecin ?
- Non       Oui
18. **Au cours des 3 derniers mois**, combien de jours d'école votre enfant a-t-il manqué pour des raisons de santé (y compris les absences pour les visites médicales) ?
- Aucun  
 Moins de 3 jours  
 De 3 à 6 jours  
 Plus de 6 jours
19. **Au cours des 3 derniers mois**, votre enfant est-il allé aux urgences pour n'importe quelle raison, en excluant les incidents et les accidents ?
- Non, jamais       Oui, 1 fois       Oui, 2 ou plusieurs fois
20. **Au cours des 3 derniers mois**, votre enfant a-t-il été hospitalisé pour au moins une nuit, pour n'importe quelle raison, en excluant les incidents et les accidents ?
- Non, jamais       Oui, 1 fois       Oui, 2 ou plusieurs fois

## SECTION 2 – LA GROSSESSE ET LES PREMIERES ANNEES DE VIE

21. Combien votre enfant pesait-il à sa naissance ?
- GRAMMES
22. Par rapport à la date prévue pour l'accouchement, votre enfant est né :
- Régulièrement (avec pas plus de 3 semaines d'avance, ou avec pas plus de 2 semaines de retard par rapport à la date prévue)
- Avec plus de 3 semaines d'avance
- Avec plus de 2 semaines de retard
- Je ne sais pas
23. Votre enfant est né d'un accouchement :
- naturel       césarien
24. Après la naissance, votre enfant est-il resté à l'hôpital pour des problèmes de santé ?
- Non  
 Oui, moins de 8 jours  
 Oui, de 8 à 30 jours  
 Oui, plus de 30 jours  
 Je ne sais pas

25. Votre enfant a-t-il été allaité au sein ou nourri au lait maternel ?

Non

Oui



25.1 Pendant combien de temps a-t-il été exclusivement allaité au sein ou nourri au lait maternel ?

Moins d'1 mois

1-3 mois

4-6 mois

7-12 mois

Plus d'1 année

26. Votre enfant est-il déjà allé à la crèche ?

Non

Oui



26.1 A quel âge a-t-il commencé à fréquenter la crèche ?

MOIS

27. **Au cours de la grossesse**, la mère a-t-elle eu un des problèmes suivants ?

27.1 Pression artérielle élevée (hypertension) pour laquelle elle a dû prendre des médicaments

Oui →

27.1.1 A quel trimestre de la grossesse ? (*Cocher toutes les cases nécessaires*)

Non

Je ne sais pas

Premier trimestre

Second trimestre

Troisième trimestre

27.2 Toxémie gravidique (gestose)

Oui →

27.2.1 A quel trimestre de la grossesse ? (*Cocher toutes les cases nécessaires*)

Non

Je ne sais pas

Premier trimestre

Second trimestre

Troisième trimestre

27.3 Risque d'accouchement prématuré ou d'avortement

Oui →

27.3.1 A quel trimestre de la grossesse ? (*Cocher toutes les cases nécessaires*)

Non

Je ne sais pas

Premier trimestre

Second trimestre

Troisième trimestre

27.4 Episodes fiévreux dus à des infections

Oui →

27.4.1 A quel trimestre de la grossesse ? (*Cocher toutes les cases nécessaires*)

Non

Je ne sais pas

Premier trimestre

Second trimestre

Troisième trimestre

27.5 Infection gynécologique pour laquelle elle a dû prendre des médicaments

Oui →

27.5.1 A quel trimestre de la grossesse ? (*Cocher toutes les cases nécessaires*)

Non

Je ne sais pas

Premier trimestre

Second trimestre

Troisième trimestre

28. **Au cours de la grossesse**, à quelle fréquence la mère a-t-elle pris les médicaments suivants ?

28.1 Médicaments contre l'asthme

- Jamais                       Par cycles courts  
 Si besoin                       En continu

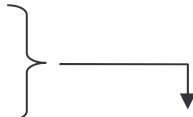
28.2 Cortisone (ou autres traitements à la cortisone) à avaler

- Jamais                       Par cycles courts  
 Si besoin                       En continu

28.3 Cortisone (ou autres traitements à la cortisone) par inhalation

- Jamais                       Par cycles courts  
 Si besoin                       En continu

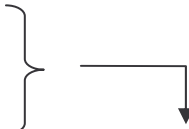
28.4 Antibiotiques

- Jamais  
 1 cycle de traitement  
 2 cycles de traitement  
 3 cycles ou plus de traitement
- 

28.4.1 A quel trimestre de la grossesse ? (Cocher toutes les cases nécessaires)

- Premier trimestre                       Second trimestre                       Troisième trimestre

28.5 Médicaments à base de Paracétamol (par exemple Tachipirina ou Efferalgan)

- Jamais  
 Rarement (moins d'1 fois par mois)  
 Parfois (moins d'1 fois par semaine)  
 Souvent (1 ou plusieurs fois par semaine)
- 

28.5.1 A quel trimestre de la grossesse ? (Cocher toutes les cases nécessaires)

- Premier trimestre                       Second trimestre                       Troisième trimestre

29. **Au cours de la grossesse**, la mère a-t-elle vécu des situations de perte ou un malaise important (deuil, perte de son travail ou de celui de son conjoint, séparation, etc.) ?

- Non                       Oui

30. **Au cours de la grossesse**, la mère a-t-elle eu un contact régulier (au moins une fois par semaine) avec des animaux de ferme (comme des bovins, cochons, brebis, chèvres, volaille) ?

- Non                       Oui

31. **Au cours de la première année de sa vie**, votre enfant a-t-il partagé sa chambre avec d'autres enfants ?

- Non                       Oui

32. **Au cours de la première année de sa vie**, votre enfant a-t-il eu un contact régulier (au moins 1 fois par semaine) avec des animaux de ferme (par exemple bovins, cochons, chèvres, brebis, volaille) ?

- Non                       Oui

33. **Au cours de la première année de sa vie**, votre enfant a-t-il pris des antibiotiques ?

- Non, jamais
- Pendant 1 cycle de traitement
- Pendant 2 cycles de traitement
- Pendant 3 cycles ou plus de traitement

34. **Au cours des 2 premières années de sa vie**, un médecin a-t-il déjà dit que votre enfant avait une ou plusieurs des maladies suivantes ?

- |  |                              |                              |  |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| 34.1 <u>Bronchite</u>                      | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je ne me rappelle pas |
| 34.2 <u>Bronchite asthmatiforme</u>        | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je ne me rappelle pas |
| 34.3 <u>Pneumonie ou broncho-pneumonie</u> | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je ne me rappelle pas |
| 34.4 <u>Bronchiolite</u>                   | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas, je ne me rappelle pas |

35. **Au cours des 3 premières années de vie de votre enfant**,  votre famille a-t-elle vécu  des situations de perte ou un malaise important (deuil, perte de travail de la mère ou du père, séparation des parents, etc.) ?

- Non
- Oui

### SECTION 3 – HABITUDES DE VIE

36. Au cours de la belle saison, votre enfant joue-t-il ou passe-t-il son temps libre en plein air ?

- Jamais
- Seulement occasionnellement
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois ou plus par semaine

37. En excluant l'éducation physique à l'école, combien de fois par semaine votre enfant pratique-t-il une activité physique ?

- Il ne pratique pas d'activité physique
- Seulement occasionnellement
- 1 ou 2 fois par semaine
- 3 fois ou plus par semaine

37.1 Quel type d'activité physique votre enfant pratique-t-il principalement ?

- Nage ou autres sports de piscine
- Sport en extérieur
- Sport en intérieur (gymnase ou autres bâtiments)

38. Votre enfant est-il exempté de faire de l'éducation physique pour des problèmes de santé ?

- Non
- Oui

39. Au cours d'une semaine normale, combien d'heures par jour votre enfant regarde-t-il la télévision ?

- Moins d'1heure
- 1-3 heures
- 4-5 heures
- Plus de 5 heures

## SECTION 4 – LA FAMILLE

### LA MERE (OU LA PERSONNE QUI EN TIENT LIEU)

40. En quelle année la mère est-elle née ? 1 9
41. Où la mère est-elle née ?
- En Italie       Dans un autre pays de l'Union Européenne       Dans un pays en dehors de l'Union Européenne
42. Quel est le niveau d'éducation de la mère ?
- Elle n'a aucun diplôme       Licence ou plus
- Certificat d'études primaires       DEUG ou diplôme universitaire équivalent
- Brevet d'études du premier cycle ou formation professionnelle       Baccalauréat
- Autre \_\_\_\_\_  ANS  
(Préciser, en indiquant également le nombre total d'années d'études)
43. Indiquez, parmi les situations professionnelles suivantes, celle qui décrit le mieux la situation professionnelle actuelle de la mère.
- Directrice       Ouvrière
- Sans emploi       Retraitée
- Employée       Femme au foyer
- Entrepreneurneuse       Etudiante
- Profession libérale       Autre \_\_\_\_\_  
(Préciser)
44. La mère a-t-elle déjà fumé des cigarettes ?
- Non, elle n'a jamais fumé.       Oui, mais elle a arrêté à l'âge de   ans       Oui, elle fume actuellement
- ↓      ↓      ↓
- Passez à la question numéro 45
- Si elle fume ou a fumé:

44.1 Combien de cigarettes fume-t-elle ou a-t-elle fumé par jour ?   CIGARETTES

44.2 A-t-elle fumé avant la grossesse de votre enfant ?       Non       Oui

↓

44.2.1 Combien de cigarettes par jour ?   CIGARETTES

44.3 A-t-elle fumé au cours de la grossesse de votre enfant ?       Non       Oui

↓

44.3.1 Combien de cigarettes par jour ?   CIGARETTES

44.4 A-t-elle fumé au cours de la première année de vie de votre enfant ?       Non       Oui

↓

44.4.1 Combien de cigarettes par jour ?   CIGARETTES
45. La mère a-t-elle déjà eu une des maladies suivantes ? (Cocher toutes les cases nécessaires)
- 45.1 Asthme       Non       Oui       Je ne sais pas
- 45.2 Rhinite allergique       Non       Oui       Je ne sais pas
- 45.3 Eczéma       Non       Oui       Je ne sais pas
- 45.4 Bronchite chronique ou emphysème       Non       Oui       Je ne sais pas

## SECTION 4 – LA FAMILLE

### LE PERE (OU PERSONNE QUI EN TIENT LIEU)

46. En quelle année le père est-il né ? 19

47. Où le père est-il né ?

En Italie       Dans un autre pays de l'Union Européenne       Dans un pays en dehors de l'Union Européenne

48. Quel est le niveau d'éducation du père ?

Il n'a aucun diplôme       Licence ou plus

Certificat d'études primaires       DEUG ou diplôme universitaire équivalent

Brevet d'études du premier cycle ou formation professionnelle       Baccalauréat

Autre \_\_\_\_\_  ANS  
(Préciser, en indiquant également le nombre total d'années d'études)

49. Indiquez, parmi les situations professionnelles suivantes, celle qui décrit le mieux la situation professionnelle actuelle du père.

Directeur       Ouvrier  
 Sans emploi       Retraité  
 Employé       S'occupe des travaux  
 Entrepreneur       Etudiant  
 Profession libérale       Autre \_\_\_\_\_  
(Préciser)

50. Le père a-t-il déjà fumé des cigarettes ?

Non, il n'a jamais fumé.       Oui, mais il a arrêté à l'âge de  ans       Oui, il fume actuellement

*S'il fume ou a fumé:*

50.1 Combien de cigarettes fume-t-il ou a-t-il fumé par jour ?  CIGARETTES

51. Le père a-t-il déjà eu une des maladies suivantes ? (Cocher toutes les cases nécessaires)

51.1 Asthme	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
51.2 Rhinite allergique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
51.3 Eczéma	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
51.4 Bronchite chronique ou emphysème	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas

### FRERES ET SOEURS

52. Combien de frères et sœurs votre enfant a-t-il ?

NOMBRE → Parmi ces frères ou sœurs, combien y a-t-il de :

52.1 jumeaux de votre enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE
52.2 frères ou sœurs plus grands que votre enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE
52.3 frères ou sœurs plus petits que votre enfant	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE

*Si votre enfant a des frères ou des sœurs, répondez à la question 53, sinon passez à la question 54.*

53. Les frères ou les sœurs de votre enfant ont-ils déjà eu une des maladies suivantes ? (Cocher toutes les cases nécessaires)

53.1 Asthme	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
53.2 Rhinite allergique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
53.3 Eczéma	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas
53.4 Bronchite chronique ou emphysème	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas



## SECTION 5 - LA MAISON

Dans cette section, quelques questions sur votre résidence vous seront posées. Si votre enfant vit dans plus d'une résidence (par exemple parce qu'il passe beaucoup de temps chez ses grands-parents ou parce que ses parents sont séparés, etc.), répondez en considérant comme « résidence actuelle » celle où votre enfant passe la plupart de son temps

1. 54. Votre enfant vit-il dans la **résidence actuelle** depuis sa naissance ?

Oui       Non

↓                      ↓

Passez à la question numéro 55

54.1 Depuis combien d'années votre enfant vit-il dans la résidence actuelle ?

ANS

54.2 La **résidence où vivait votre enfant avant** était-elle dans la même commune où il vit actuellement ?

Oui       Non

↓                      ↓

Passez à la question numéro 55

54.2.1 Indiquer la commune où est située la résidence où votre enfant vivait avant :

- Bozzolo
- Commessaggio
- Dosolo
- Marcaria
- Gazzuolo
- Pomponesco
- Rivarolo Mantovano
- Sabbioneta
- San Martino dall'Argine
- Viadana
- Aucune des précédentes

55. En quelle année a été construite la **résidence actuelle** de votre enfant ?  
(Si vous ne vous rappelez pas avec exactitude, marquez une date approximative)          ANNEE

56. La résidence actuelle est :

- Une maison en bois
- Une maison partiellement en bois (exemple: mansarde ou attique en bois)
- Une maison en briques
- Autre \_\_\_\_\_  
(Préciser)

57. La résidence actuelle est :

- Un appartement
- Une maison pour deux familles
- Une maison simple
- Autre \_\_\_\_\_  
(Préciser)

58. Combien de pièces (en dehors des couloirs, salles de bain et cuisine) la **résidence actuelle** compte-t-elle ?

NOMBRE

59. Combien de personnes au total habitent dans la résidence actuelle (y compris votre enfant) ?

NOMBRE

60. S'il vit dans un appartement, à quel étage l'appartement est-il situé ?  
*Indiquer l'étage le plus bas si l'appartement est sur plusieurs étages.  
Si en revanche il ne vit pas en appartement, passez à la question suivante.*

- Sous-sol
- Rez-de-chaussée ou étage surélevé
- 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> étage
- 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> étage
- Au dessus du 4<sup>e</sup> étage

61. Comment décririez-vous la zone où se trouve la résidence ?

- Campagne ou petit hameau entouré d'espaces verts ou de champs
- Centre du village
- Zone industrielle de la banlieue

62. Les automobiles passent devant la résidence:

- Jamais
- Rarement
- Fréquemment
- Constamment

63. Devant la résidence les véhicules lourds (par exemple, camion/autobus) passent:

- Jamais
- Rarement
- Fréquemment
- Constamment

64. Avez-vous l'habitude d'ouvrir les fenêtres chaque jour également pendant les mois les plus froids ?

- Non                       Oui

64.1 Pendant combien de temps, en moyenne, chaque jour ?

- Environ un quart d'heure
- Environ une demi-heure
- Environ une heure
- Plus d'une heure

65. Dans la chambre où dort (ou dormait) votre enfant y a-t-il déjà eu sur les murs ou les plafonds, des tâches d'humidité, des moisissures ou des champignons ? (*Cocher toutes les cases nécessaires*)

65.1 **Au cours de la première année de vie de votre enfant**

- Non                       Oui                       Je ne sais pas,  
Je ne me rappelle pas

65.2 **Actuellement**

- Non                       Oui

66. Votre enfant a-t-il déjà eu un des animaux suivants dans la résidence?  
(Cocher toutes les cases nécessaires)

	Jamais	Durant la 1ère année de sa vie	Au cours des 12 derniers mois	A d'autres périodes
66.1 Chien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66.2 Chat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. **Actuellement** quelqu'un fume-t-il dans la résidence ?

Non       Oui



67.1 Combien de personnes au total fument dans la résidence ?      NOMBRE

68. Combien de personnes, au total, fumaient dans la résidence au cours de **la première année de vie** de votre enfant ?

NOMBRE

69. En général, quelle source de chaleur utilisez-vous pour cuisiner ? (Cocher toutes les cases nécessaires)

- Electricité  
 Gaz  
 Bois ou charbon  
 Autre \_\_\_\_\_  
*(Préciser)*

70. Avec quelle fréquence utilisez-vous les produits suivants pour nettoyer la résidence ?  
(Cocher toutes les cases nécessaires)

	Jamais	Parfois (1-3 fois par mois ou par an)	Souvent (1 ou 2 fois par semaine)	Toujours (3 fois ou plus par semaine)
70.1 Eau de javel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.2 Produits contenant de l'ammoniac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.3 Produits contenant du lysoforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.4 Produits contenant de l'anticalcaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.5 Alcool dénaturé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70.6 Cires pour sols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. De quel type de chauffage principal la résidence est-elle équipée ?

Chauffage à thermosiphon

Chauffage à air forcé

Air climatisé

Autre



71.1 La chaudière du chauffage est-elle située à l'intérieur de la résidence ?

Non       Oui

71.2 Quel type de combustible est utilisé pour votre chaudière?

- Gaz méthane       Kérosène       Autre \_\_\_\_\_  
 Gazole       Gaz en bouteilles      *(Préciser)*  
 Electricité       Bois ou charbon

72. Au cours des mois les plus froids utilisez-vous une de ces sources de chaleur en plus pour chauffer la résidence ?

72.1 Poêle électrique  Non  Oui

72.2 Thermo-ventilateur  Non  Oui

72.3 Poêle au kérosène  Non  Oui

72.4 Poêle au gazole  Non  Oui

72.5 Poêle à bois ou à charbon  Non  Oui

72.6 Cheminée  Non  Oui

72.7 Poêle au gaz  Non  Oui

73. La chambre de votre enfant :

73.1 A-t-elle un sol revêtu de moquettes ?  Non  Oui

73.2 A-t-elle des tapis ?  Non  Oui

73.3 A-t-elle le double vitrage ?  Non  Oui

73.4 A-t-elle des meubles en bois non massif (panneaux de bois aggloméré, contre-plaqué,...)  Non  Oui

↓

73.4.1 Quand avez-vous acheté les meubles en bois non massif les plus récents ?

Il y a moins de 3 mois

Il y a plus de 3 mois, mais moins de 3 ans

Il y a plus de 3 ans, mais moins de 5 ans

Il y a plus de 5 ans

74. Dans quelle mesure considérez-vous que les aspects suivants puissent constituer un risque pour la santé de la population ?

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Je ne sais pas
74.1 Expositions aux champs électromagnétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.2 Circulation de la ville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.3 Absence d'espaces verts publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.4 Pollution atmosphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.5 Fumée de cigarettes dans les lieux fermés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.6 Produits chimiques dans les aliments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.7 Excès de fluor dans l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Qui a répondu au questionnaire ?

- La mère
- Le père
- Les deux
- Une autre personne

76. Le questionnaire a-t-il été rempli:

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 76.1 Avec l'aide d'un médiateur culturel                    | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |
| 76.2 Avec l'aide des parents, des amis ou des connaissances | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui |

## **MERCI POUR VOTRE AIMABLE COLLABORATION**

*En remplissant ce questionnaire, j'autorise l'utilisation des données personnelles à des fins statistiques. Toutes les données recueillies seront transférées de façon anonyme dans l'ordinateur et traitées avec la plus grande discrétion dans le respect de la loi en vigueur sur la confidentialité (D.Lgs. 30-6-2003 n.196).*

## **LES OBSERVATIONS SONT LES BIENVENUES**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---