

Santé respiratoire et expositions domestiques

Introduction

Les questions qui suivent portent sur la santé respiratoire, les allergies et certaines activités à domicile.

Les réponses à toutes les questions sont importantes pour la recherche, qu'elles soient positives ou négatives.

En cas de doute, cocher la case "Non".

Nous vous remercions chaleureusement de votre participation.

Santé respiratoire

Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

Oui Non

Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

- Non
Oui, une nuit ou plus par semaine
Oui, moins d'une nuit par semaine

Avez-vous eu une crise d'essoufflement au repos, pendant la journée, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous eu une crise d'essoufflement après un effort intense, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

- Non
Oui, une nuit ou plus par semaine
Oui, moins d'une nuit par semaine

Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

- Non
Oui, une nuit ou plus par semaine
Oui, moins d'une nuit par semaine

Asthme

Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ou des crises d'asthme ?

Oui Non

Pouvez-vous nous indiquer laquelle (ou lesquelles) (plusieurs réponses possibles) :

- Crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine
Crises d'asthme

Un diagnostic d'asthme a-t-il été confirmé par un médecin ?

Oui Non

Avez-vous eu une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous été traité(e) dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous répondu positivement (oui) à au moins une des questions de la partie précédente ?

Oui Non

Crises d'asthme

Merci de répondre à ces questions même si vous n'avez pas eu de crise récemment.

A quel âge avez-vous eu votre première crise d'asthme ?

an(s)

A combien de temps remonte votre dernière crise d'asthme ?

Semaines

Mois

Années

Avez-vous eu une période de plusieurs années sans crise ?

Oui Non

A quel âge vos crises ont-elles disparues ?

an(s)

A quel âge vos crises ont-elles réapparues ?

an(s)

Dans les 12 derniers mois

Avez-vous été hospitalisé(e) pour une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

Non

1 fois

2 fois

3 fois

4 fois et plus

Etes-vous allé(e) aux urgences (dans un hôpital ou une clinique) pour une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

Non

1 fois

2 fois

3 fois

4 fois et plus

Avez-vous consulté en urgence votre médecin traitant ou votre pneumologue pour une crise d'asthme dans les 12 derniers mois ?

Non

1 fois

2 fois

3 fois

4 fois et plus

Avez-vous vu un médecin pour de l'asthme dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous vu :

Un médecin généraliste ?

Oui Non

Un médecin spécialiste ?

Oui Non

Avez-vous des rendez-vous réguliers avec un médecin pour de l'asthme ?

Oui Non

Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu des épisodes d'au moins 2 jours où vos crises d'asthme étaient vraiment pires que d'habitude ?

Oui Non

Etes-vous allé(e) aux urgences ou avez-vous passé une nuit à l'hôpital suite à un de ces épisodes ?

- Non
1 fois
2 fois
3 fois
4 fois et plus

Avez-vous pris des corticoïdes oraux (Solupred, Cortancyl, Celestene, Prednisone, Medrol...) pendant au moins 3 jours suite à ces épisodes ?

- Non
1 fois
2 fois
3 fois
4 fois et plus

Votre traitement a-t-il été modifié suite à ces épisodes (changement de médicaments, augmentation du traitement...) ?

Oui Non

Précisez :

Dans le dernier mois

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines à cause de votre asthme.

Au cours des 4 dernières semaines, votre asthme vous a-t-il gêné dans vos activités, au travail ou chez vous ?

- Tout le temps
La plupart du temps
Quelquefois
Rarement
Jamais

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été essoufflé(e) ?

- Plus d'une fois par jour
Une fois par jour
3 à 6 fois par semaine
1 ou 2 fois par semaine
Jamais

Au cours des 4 dernières semaines, les symptômes de l'asthme (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

- 4 nuits ou plus par semaine
- 2 à 3 nuits par semaine
- Une nuit par semaine
- 1 ou 2 fois en tout
- Jamais

Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (ex : salbutamol, terbutaline) ?

- 3 fois par jour ou plus
- 1 ou 2 fois par jour
- 2 ou 3 fois par semaine
- 1 fois par semaine ou moins
- Jamais

Comment évalueriez-vous votre asthme au cours des 4 dernières semaines ?

- Pas contrôlé du tout
- Très peu contrôlé
- Un peu contrôlé
- Bien contrôlé
- Totalement contrôlé

Nez et peau

Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ?

- Oui Non

Avez-vous déjà eu le rhume des foins ?

- Oui Non

Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

- Oui Non

Avez vous déjà eu une conjonctivite ?

- Oui Non

Vos parents ou frère(s)/sœur(s) ont-ils déjà eu des allergies (rhinite allergique, rhume des foins, eczéma, conjonctivite) ?

- Oui Non

Rythmicité des symptômes

Dans les 12 derniers mois, comment vos symptômes respiratoires ont-ils évolué quand vous étiez absent(e) de votre travail (weekends, congés) ?

- Ils ont disparu ou se sont améliorés
- Ils sont restés pareils
- Ils ont empiré

Quand vous êtes à votre poste de travail ou en fin de poste vous arrive-t-il :

De vous mettre à tousser ?

- Oui Non

De vous mettre à avoir des sifflements dans la poitrine en respirant ?

- Oui Non

D'avoir un essoufflement, une sensation d'oppression ou de serrement dans la poitrine ?

Oui Non

Médicaments

Avez-vous utilisé des pilules, gélules, comprimés ou médicaments (autres que médicaments inhalés) pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous utilisé des corticoïdes par voie orale ou injectable dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Lequel parmi la liste des corticoïdes par voie orale ou injectable avez-vous le plus fréquemment utilisé ?

- Solupred
- Cortancyl
- Celestene
- Prednisone
- Medrol
- Kenacort
- Autre

Veillez préciser :

Combien de cures dans les 12 derniers mois ?

cure(s)

Avez-vous utilisé du Singulair dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous utilisé du Xolair dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous utilisé des corticoïdes inhalés* pour améliorer votre respiration à un moment quelconque dans les 12 derniers mois ? (*corticoïdes inhalés : Flixotide, Seretide, Pulmicort, Symbicort, Becotide, Qvar, Miflasone, Innovair...)

Oui Non

Lequel parmi la liste des corticoïdes inhalés avez-vous le plus fréquemment pris ?

- Flixotide
- Seretide
- Pulmicort
- Symbicort
- Becotide
- Qvar
- Miflasone
- Innovair
- Autre

Veillez préciser :

Avez-vous utilisé des bronchodilatateurs inhalés* dans les 12 derniers mois ? (*bronchodilatateurs inhalés : Ventoline, Bricanyl, Salbutamol, Airomir, Maxair, Asmasal, Ventilastin...)

Oui Non

Lequel parmi la liste des bronchodilatateurs inhalés avez-vous le plus fréquemment pris ?

- Ventoline
- Bricanyl
- Salbutamol
- ...

Aïromir
Maxair
Asmasal
Ventilastin
Autre

Veillez préciser :

ETUDE
NUTRINET
SANTÉ

Votre médecin vous a-t-il déjà prescrit des médicaments, y compris des sprays, pour votre respiration ?

Oui Non

Si l'on vous prescrit des médicaments pour votre respiration, prenez-vous normalement :

Tout le traitement
La plus grande partie du traitement
Une partie du traitement
Rien

Quand votre état respiratoire s'aggrave, et que l'on vous a prescrit des médicaments pour votre respiration, prenez-vous normalement :

Tout le traitement
La plus grande partie du traitement
Une partie du traitement
Rien

Avez-vous actuellement un traitement prescrit pour l'asthme ?

Oui Non

Comment avez-vous pris votre traitement pour l'asthme au cours des 15 derniers jours ? 

Je n'ai pris AUCUN traitement / j'ai pris TOUS les traitements

Qualité de vie des personnes asthmatiques

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de 2 dernières semaines à cause de votre asthme.

A quel point vous êtes-vous senti(e) limité(e) par votre asthme pour faire les activités suivantes au cours de ces 2 dernières semaines ?

Activités demandant un effort physique important (ex : vous dépêcher, faire de l'exercice, monter un escalier, faire du sport) :

Complètement limité(e)
Extrêmement limité(e)
Très limité(e)
Moyennement limité(e)
Un peu limité(e)
Très peu limité(e)
Pas limité(e) du tout

Activités demandant un effort physique modéré (ex : faire une marche, faire le ménage, jardiner, faire les courses, monter un escalier) :

Complètement limité(e)
Extrêmement limité(e)
Très limité(e)
Moyennement limité(e)
Un peu limité(e)

Très peu limité(e)
Pas limité(e) du tout

Activités avec les autres (ex : parler, jouer avec les animaux/les enfants, rendre visite à des amis/des parents) :

Complètement limité(e)
Extrêmement limité(e)
Très limité(e)
Moyennement limité(e)
Un peu limité(e)
Très peu limité(e)
Pas limité(e) du tout

Activités professionnelles (tâches que vous devez faire au travail*) (*si vous n'avez pas d'emploi rémunéré, pensez aux tâches que vous devez faire presque tous les jours) :

Complètement limité(e)
Extrêmement limité(e)
Très limité(e)
Moyennement limité(e)
Un peu limité(e)
Très peu limité(e)
Pas limité(e) du tout

Dormir :

Complètement limité(e)
Extrêmement limité(e)
Très limité(e)
Moyennement limité(e)
Un peu limité(e)
Très peu limité(e)
Pas limité(e) du tout

A quel point avez-vous été gêné(e) (physiquement ou psychologiquement) au cours de ces 2 dernières semaines ?

Au cours des 2 dernières semaines avez-vous été gêné(e) (physiquement ou psychologiquement) par une sensation d'oppression dans la poitrine ?

Extrêmement gêné(e)
Très gêné(e)
Assez gêné(e)
Moyennement gêné(e)
Un peu gêné(e)
Presque pas gêné(e)
Pas gêné(e) du tout

En général, au cours de ces 2 dernières semaines :

Avez-vous été inquiet(e) parce que vous avez de l'asthme ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous été essoufflé(e) à cause de votre asthme ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause d'une exposition à la fumée de cigarettes ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous noté des sifflements dans votre poitrine quand vous respiriez ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous dû éviter une situation ou un lieu à cause de la fumée de cigarettes ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

A quel point avez-vous été gêné(e) (physiquement ou psychologiquement) au cours de ces 2 dernières semaines ?

Au cours de ces 2 dernières semaines, avez-vous été gêné(e) (physiquement ou psychologiquement) par la toux ?

Extrêmement gêné(e)
Très gêné(e)
Assez gêné(e)
Moyennement gêné(e)
Un peu gêné(e)
Presque pas gêné(e)
Pas gêné(e) du tout

En général, au cours de ces 2 dernières semaines :

Avez-vous eu un sentiment de frustration parce que vous ne pouviez pas faire ce que vous vouliez à cause de votre asthme ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois

Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous ressenti une sensation de pesanteur dans la poitrine ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous été inquiet(e) parce que vous deviez prendre des médicaments pour l'asthme ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous ressenti le besoin de vous racler la gorge ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause d'une exposition à la poussière ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous eu du mal à expirer ou inspirer (souffler ou prendre de l'air) à cause de votre asthme ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement
Très rarement/presque jamais
Jamais

Avez-vous dû éviter une situation ou un lieu à cause de la poussière ?

Tout le temps
Presque tout le temps
Assez souvent
Parfois
Rarement

Très rarement/presque jamais

Jamais

Vous êtes-vous réveillé(e) le matin avec des problèmes d'asthme ?

Tout le temps

Presque tout le temps

Assez souvent

Parfois

Rarement

Très rarement/presque jamais

Jamais

Avez-vous eu peur de ne pas avoir vos médicaments pour l'asthme sous la main ?

Tout le temps

Presque tout le temps

Assez souvent

Parfois

Rarement

Très rarement/presque jamais

Jamais

Avez-vous été gêné(e) parce que vous aviez du mal à respirer ?

Tout le temps

Presque tout le temps

Assez souvent

Parfois

Rarement

Très rarement/presque jamais

Jamais

Avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause du temps ou de la pollution ?

Tout le temps

Presque tout le temps

Assez souvent

Parfois

Rarement

Très rarement/presque jamais

Jamais

Vous êtes-vous réveillé(e) la nuit à cause de votre asthme ?

Tout le temps

Presque tout le temps

Assez souvent

Parfois

Rarement

Très rarement/presque jamais

Jamais

Avez-vous dû éviter d'aller dehors ou de limiter vos sorties à cause du temps ou de la pollution ?

Tout le temps

Presque tout le temps

Assez souvent

Parfois

Rarement

Très rarement/presque jamais

Jamais

En général, au cours de ces 2 dernières semaines :

Avez-vous eu des problèmes d'asthme à cause d'une exposition à des odeurs ou à des parfums forts ?

- Tout le temps
- Presque tout le temps
- Assez souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement/presque jamais
- Jamais

Avez-vous eu peur d'être à bout de souffle ?

- Tout le temps
- Presque tout le temps
- Assez souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement/presque jamais
- Jamais

Avez-vous dû éviter une situation ou un lieu à cause d'odeurs ou de parfums forts ?

- Tout le temps
- Presque tout le temps
- Assez souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement/presque jamais
- Jamais

Votre asthme vous a-t-il empêché de passer une bonne nuit ?

- Tout le temps
- Presque tout le temps
- Assez souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement/presque jamais
- Jamais

Avez-vous eu l'impression de devoir faire de gros efforts pour respirer ?

- Tout le temps
- Presque tout le temps
- Assez souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement/presque jamais
- Jamais

A quel point vous êtes-vous senti(e) limité(e) par votre asthme pour faire les activités suivantes au cours de ces 2 dernières semaines ?

Pensez à l'ensemble des activités que vous auriez aimé faire au cours de ces 2 dernières semaines. Dans quelle mesure le nombre de ces activités a-t-il été limité à cause de votre asthme ?

- Extrêmement limité(e) : j'ai dû renoncer à la plupart de ces activités
- Très limité(e)

Moyennement limité(e) : j'ai dû renoncer à plusieurs de ces activités

Un peu limité(e)

Très peu limité(e) : j'ai dû renoncer à très peu de ces activités

Pratiquement pas limité(e)

Pas limité(e) du tout : j'ai fait toutes les activités que je voulais faire

De façon générale, en pensant à toutes les activités que vous avez faites au cours de ces 2 dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) limité(e) par votre asthme ?

Complètement limité(e)

Extrêmement limité(e)

Très limité(e)

Moyennement limité(e)

Un peu limité(e)

Très peu limité(e)

Pas limité(e) du tout

Tâches domestiques

Vous faites-vous aider pour faire le ménage à domicile par exemple par votre conjoint(e), un(e) aide/employé(e) à domicile, des membre de la famille, des amis...?

Oui Non

Pouvez-vous nous décrire les activités de ménage que vous effectuez personnellement dans votre logement ? Exprimez votre réponse en nombre de jours par semaine en moyenne.

Dans les 12 derniers mois, combien de jours par semaine avez-vous effectué personnellement le ménage à votre domicile ?

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Combien de jours par semaine avez-vous personnellement accompli les opérations de nettoyage suivantes (dans les 12 derniers mois) ?

Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur ou battre les tapis :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Passer la serpillière ou lessiver :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Nettoyer la cuvette des toilettes :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Nettoyer la douche ou la salle de bain :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Lustrer, cirer le parquet ou les meubles :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Nettoyer les vitres ou les miroirs :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les produits de nettoyage suivants (dans les 12 derniers mois) ?

Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Ammoniac :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler...) :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Vinaigre blanc :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Autres acides dont produits pour enlever le tartre, acide chlorhydrique... :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Détachants et autres solvants :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Cires liquides ou solides et produits pour lustrer (sol, meubles) :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Autres nettoyeurs liquides, sauf produit vaisselle et lessive :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Lingettes nettoyantes ou désinfectantes :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Produits de nettoyage parfumés :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Produits d'entretien "Bio" ou "Vert" :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Avez-vous utilisé personnellement des produits de nettoyage « faits maison » (dans les 12 derniers mois) ?

Oui Non

Quels types de produits utilisez-vous ? (choix multiples)

Bicarbonate de soude

Vinaigre blanc

Savon

Huiles essentielles

Autre

Veillez préciser :

A quelle fréquence utilisez-vous ces produits ?

Moins d'un jour par semaine

Entre 1 et 3 jours par semaine

Entre 4 et 7 jours par semaine

Les utilisez-vous à l'aide d'un spray ?

Oui Non

Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les produits sous forme de spray, atomiseur ou aérosol suivants (dans les 12 derniers mois) ?

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les meubles, tables ou plans de travail :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les vitres ou miroirs :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour la douche, baignoire ou lavabos :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour laver le sol :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour dégraisser ou nettoyer le four :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour le repassage :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour rafraîchir l'air, anti-mauvaises odeurs:

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols insecticide, pesticide ou acaricide :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Autres sprays pour les plaques de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les tâches... :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Combien de temps au total par semaine utilisez-vous ces produits de nettoyage sous forme liquide, mousse, lingette, spray...?

- Jamais ou < 1 fois par semaine
- < 10 minutes par semaine
- 10-30 minutes par semaine

30 minutes à 1 heure par semaine

1 à 2 heures par semaine

> 2 heures par semaine

Au cours des 12 derniers mois, combien de jours par semaine en moyenne les produits ci-dessous ont-ils été utilisés dans votre logement (par vous-même ou une autre personne) ?

Parfums d'ambiance, senteurs liquides ou solides :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Bougies parfumées, encens :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Rafrâchisseurs d'air électriques :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Rafrâchisseurs d'air, produits anti-mauvaises odeurs en spray ou aérosol :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Avez-vous actuellement une voiture ou circulez-vous régulièrement en voiture (covoiturage ..)?

Oui Non

Combien de temps au total passez-vous dans une voiture par semaine ?

Jamais ou très peu (moins d'une 1 fois par semaine)

< 1 heure par semaine

1 heure à moins de 5 heures par semaine

5 à 10 heures par semaine

> 10 heures par semaine

Au cours des 12 derniers mois, combien de jours par semaine en moyenne les produits ci-dessous ont-ils été utilisés en voiture (par vous-même ou une autre personne) ?

Parfums d'ambiance, désodorisants d'intérieur, senteurs liquides ou solides :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Rafrâchisseur d'air, produit anti-mauvaises odeurs, en spray ou aérosol :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Nez et peau

Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu le rhume des foins ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

Oui Non

Avez vous déjà eu une conjonctivite ?

Oui Non

Vos parents ou frère(s)/sœur(s) ont-ils déjà eu des allergies (rhinite allergique, rhume des foins, eczéma, conjonctivite) ?

Oui Non

Tâches domestiques

Vous faites-vous aider pour faire le ménage à domicile par exemple par votre conjoint(e), un(e) aide/employé(e) à domicile, des membre de la famille, des amis...?

Oui Non

Pouvez-vous nous décrire les activités de ménage que vous effectuez personnellement dans votre logement ? Exprimez votre réponse en nombre de jours par semaine en moyenne.

Dans les 12 derniers mois, combien de jours par semaine avez-vous effectué personnellement le ménage à votre domicile ?

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Combien de jours par semaine avez-vous personnellement accompli les opérations de nettoyage suivantes (dans les 12 derniers mois) ?

Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur ou battre les tapis :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Passer la serpillière ou lessiver :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Nettoyer la cuvette des toilettes :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Nettoyer la douche ou la salle de bain :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Lustrer, cirer le parquet ou les meubles :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Nettoyer les vitres ou les miroirs :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les produits de nettoyage suivants (dans les 12 derniers mois) ?

Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Ammoniac :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler...) :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Vinaigre blanc :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Autres acides dont produits pour enlever le tartre, acide chlorhydrique... :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Détachants et autres solvants :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Cires liquides ou solides et produits pour lustrer (sol, meubles) :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Autres nettoyants liquides, sauf produit vaisselle et lessive :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Lingettes nettoyantes ou désinfectantes :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Produits de nettoyage parfumés :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Produits d'entretien "Bio" ou "Vert" :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Avez-vous utilisé personnellement des produits de nettoyage « faits maison » (dans les 12 derniers mois) ?

Oui Non

Quels types de produits utilisez-vous ? (choix multiples)

- Bicarbonate de soude
- Vinaigre blanc
- Savon
- Huiles essentielles
- Autre

Veillez préciser :

A quelle fréquence utilisez-vous ces produits ?

- Moins d'un jour par semaine
- Entre 1 et 3 jours par semaine
- Entre 4 et 7 jours par semaine

Les utilisez-vous à l'aide d'un spray ?

Oui Non

Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les produits sous forme de spray, atomiseur ou aérosol suivants (dans les 12 derniers mois) ?

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les meubles, tables ou plans de travail :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les vitres ou miroirs :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour la douche, baignoire ou lavabos :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour laver le sol :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour dégraisser ou nettoyer le four :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour le repassage :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour rafraîchir l'air, anti-mauvaises odeurs:

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols insecticide, pesticide ou acaricide :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Autres sprays pour les plaques de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les tâches... :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Combien de temps au total par semaine utilisez-vous ces produits de nettoyage sous forme liquide, mousse, lingette, spray...?

- Jamais ou < 1 fois par semaine
- < 10 minutes par semaine
- 10-30 minutes par semaine
- 30 minutes à 1 heure par semaine
- 1 à 2 heures par semaine

> 2 heures par semaine

Au cours des 12 derniers mois, combien de jours par semaine en moyenne les produits ci-dessous ont-ils été utilisés dans votre logement (par vous-même ou une autre personne) ?

Parfums d'ambiance, senteurs liquides ou solides :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Bougies parfumées, encens :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Rafrâchisseurs d'air électriques :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Rafrâchisseurs d'air, produits anti-mauvaises odeurs en spray ou aérosol :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Avez-vous actuellement une voiture ou circulez-vous régulièrement en voiture (covoiturage ..)?

Oui Non

Combien de temps au total passez-vous dans une voiture par semaine ?

- Jamais ou très peu (moins d'une 1 fois par semaine)
- < 1 heure par semaine
- 1 heure à moins de 5 heures par semaine
- 5 à 10 heures par semaine
- > 10 heures par semaine

Au cours des 12 derniers mois, combien de jours par semaine en moyenne les produits ci-dessous ont-ils été utilisés en voiture (par vous-même ou une autre personne) ?

Parfums d'ambiance, désodorisants d'intérieur, senteurs liquides ou solides :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Rafrâchisseur d'air, produit anti-mauvaises odeurs, en spray ou aérosol :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Nez et peau

Avez-vous déjà eu une rhinite allergique ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu le rhume des foins ?

Oui Non

Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

Oui Non

Avez vous déjà eu une conjonctivite ?

Oui Non

Vos parents ou frère(s)/sœur(s) ont-ils déjà eu des allergies (rhinite allergique, rhume des foins, eczéma, conjonctivite) ?

Oui Non

Rythmicité des symptômes

Dans les 12 derniers mois, comment vos symptômes respiratoires ont-ils évolué quand vous étiez absent(e) de votre travail (weekends, congés) ?

Ils ont disparu ou se sont améliorés

Ils sont restés pareils

Ils ont empiré

Quand vous êtes à votre poste de travail ou en fin de poste vous arrive-t-il :

De vous mettre à tousser ?

Oui Non

De vous mettre à avoir des sifflements dans la poitrine en respirant ?

Oui Non

D'avoir un essoufflement, une sensation d'oppression ou de serrement dans la poitrine ?

Oui Non

Médicaments

Avez-vous utilisé des pilules, gélules, comprimés ou médicaments (autres que médicaments inhalés) pour améliorer votre respiration, à un moment quelconque, dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous utilisé des corticoïdes par voie orale ou injectable dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Lequel parmi la liste des corticoïdes par voie orale ou injectable avez-vous le plus fréquemment utilisé ?

Solupred

Cortancyl

Celestene

Prednisone

Medrol

Kenacort

Autre

Veillez préciser :

Combien de cures dans les 12 derniers mois ?

cure(s)

Avez-vous utilisé du Singulair dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous utilisé du Xolair dans les 12 derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous utilisé des corticoïdes inhalés* pour améliorer votre respiration à un moment quelconque dans les 12 derniers mois ? (*corticoïdes inhalés : Flixotide, Seretide, Pulmicort, Symbicort, Becotide, Qvar, Miflasone, Innovair...)

Oui Non

Lequel parmi la liste des corticoïdes inhalés avez-vous le plus fréquemment pris ?

Flixotide
Seretide
Pulmicort
Symbicort
Becotide
Qvar
Miflasone
Innovair
Autre

Veillez préciser :

Avez-vous utilisé des bronchodilatateurs inhalés* dans les 12 derniers mois ? (*bronchodilatateurs inhalés : Ventoline, Bricanyl, Salbutamol, Airomir, Maxair, Asmasal, Ventilastin...)

Oui Non

Lequel parmi la liste des bronchodilatateurs inhalés avez-vous le plus fréquemment pris ?

Ventoline
Bricanyl
Salbutamol
Airomir
Maxair
Asmasal
Ventilastin
Autre

Veillez préciser :

Votre médecin vous a-t-il déjà prescrit des médicaments, y compris des sprays, pour votre respiration ?

Oui Non

Si l'on vous prescrit des médicaments pour votre respiration, prenez-vous normalement :

Tout le traitement
La plus grande partie du traitement
Une partie du traitement
Rien

Quand votre état respiratoire s'aggrave, et que l'on vous a prescrit des médicaments pour votre respiration, prenez-vous normalement :

Tout le traitement
La plus grande partie du traitement
Une partie du traitement
Rien

Avez-vous actuellement un traitement prescrit pour l'asthme ?

Oui Non

Comment avez-vous pris votre traitement pour l'asthme au cours des 15 derniers jours ? 

Je n'ai pris AUCUN traitement / j'ai pris TOUS les traitements

Tâches domestiques

Vous faites-vous aider pour faire le ménage à domicile par exemple par votre conjoint(e), un(e) aide/employé(e) à domicile, des membre de la famille, des amis...?

Oui Non

**Pouvez-vous nous décrire les activités de ménage que vous effectuez personnellement dans votre logement ?
Exprimez votre réponse en nombre de jours par semaine en moyenne.**

Dans les 12 derniers mois, combien de jours par semaine avez-vous effectué personnellement le ménage à votre domicile ?

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Combien de jours par semaine avez-vous personnellement accompli les opérations de nettoyage suivantes (dans les 12 derniers mois) ?

Dépeussier, balayer, passer l'aspirateur ou battre les tapis :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Passer la serpillière ou lessiver :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Nettoyer la cuvette des toilettes :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Nettoyer la douche ou la salle de bain :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Lustrer, cirer le parquet ou les meubles :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Nettoyer les vitres ou les miroirs :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les produits de nettoyage suivants (dans les 12 derniers mois) ?

Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Ammoniac :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler...) :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Vinaigre blanc. :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Autres acides dont produits pour enlever le tartre, acide chlorhydrique... :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Détachants et autres solvants :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Cires liquides ou solides et produits pour lustrer (sol, meubles) :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Autres nettoyeurs liquides, sauf produit vaisselle et lessive :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Lingettes nettoyantes ou désinfectantes :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Produits de nettoyage parfumés :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Produits d'entretien "Bio" ou "Vert" :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Avez-vous utilisé personnellement des produits de nettoyage « faits maison » (dans les 12 derniers mois) ?

Oui Non

Quels types de produits utilisez-vous ? (choix multiples)

- Bicarbonate de soude
- Vinaigre blanc
- Savon
- Huiles essentielles
- Autre

Veillez préciser :

A quelle fréquence utilisez-vous ces produits ?

- Moins d'un jour par semaine
- Entre 1 et 3 jours par semaine
- Entre 4 et 7 jours par semaine

Les utilisez-vous à l'aide d'un spray ?

Oui Non

Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les produits sous forme de spray, atomiseur ou aérosol suivants (dans les 12 derniers mois) ?

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les meubles, tables ou plans de travail :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les vitres ou miroirs :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour la douche, baignoire ou lavabos :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour laver le sol :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour dégraisser ou nettoyer le four :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour le repassage :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols pour rafraîchir l'air, anti-mauvaises odeurs:

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Sprays, atomiseurs ou aérosols insecticide, pesticide ou acaricide :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Autres sprays pour les plaques de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les tâches... :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Combien de temps au total par semaine utilisez-vous ces produits de nettoyage sous forme liquide, mousse, lingette, spray...?

Jamais ou < 1 fois par semaine

< 10 minutes par semaine

10-30 minutes par semaine

30 minutes à 1 heure par semaine

1 à 2 heures par semaine

> 2 heures par semaine

Au cours des 12 derniers mois, combien de jours par semaine en moyenne les produits ci-dessous ont-ils été utilisés dans votre logement (par vous-même ou une autre personne) ?

Parfums d'ambiance, senteurs liquides ou solides :

Jamais

Moins de 1 jour par semaine

1-3 jours par semaine

4-7 jours par semaine

Bougies parfumées, encens :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Rafrâchisseurs d'air électriques :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Rafrâchisseurs d'air, produits anti-mauvaises odeurs en spray ou aérosol :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Avez-vous actuellement une voiture ou circulez-vous régulièrement en voiture (covoiturage ..)?

Oui Non

Combien de temps au total passez-vous dans une voiture par semaine ?

- Jamais ou très peu (moins d'une 1 fois par semaine)
- < 1 heure par semaine
- 1 heure à moins de 5 heures par semaine
- 5 à 10 heures par semaine
- > 10 heures par semaine

Au cours des 12 derniers mois, combien de jours par semaine en moyenne les produits ci-dessous ont-ils été utilisés en voiture (par vous-même ou une autre personne) ?

Parfums d'ambiance, désodorisants d'intérieur, senteurs liquides ou solides :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Rafrâchisseur d'air, produit anti-mauvaises odeurs, en spray ou aérosol :

- Jamais
- Moins de 1 jour par semaine
- 1-3 jours par semaine
- 4-7 jours par semaine

Consommation de tabac

Fumez-vous actuellement ?

- Oui, je fume quotidiennement
- Oui, je fume occasionnellement (moins d'une cigarette ou cigare ou pipe par jour)
- Non, mais j'ai déjà fumé
- Non, je n'ai jamais fumé

Combien fumez-vous en moyenne quotidiennement ?

- cigarettes par jour
- cigares par jour
- pipes par jour

Combien fumez-vous en moyenne occasionnellement ?

- cigarettes par semaine
- cigares par semaine
- pipes par semaine
- cigarettes par mois
- cigares par mois
- pipes par mois

Actuellement, utilisez-vous la cigarette électronique ?

Oui Non

Depuis combien d'années ?

- Moins d'un an
- 1 an
- 2 ans
- 3 ans ou plus

Combien utilisez-vous par jour en moyenne :

De cigarette(s) (si jetables) :

cigarette(s)

De ml (si rechargeables) :

ml

Quel dosage en nicotine (mg/ml) :

- Sans nicotine
- Moins de 6
- 6 à 12
- 13 ou plus
- Je ne sais pas

Actuellement, habitez-vous en compagnie d'un ou plusieurs fumeur(s) ?

Oui Non

Est-ce que ce(s) fumeur(s) fume(nt) occasionnellement ou régulièrement dans la maison ?

- Non, il(s) ne fume(nt) jamais dans la maison
- Oui, il(s) fume(nt) occasionnellement dans la maison
- Oui, il(s) fume(nt) régulièrement dans la maison

Actuellement, êtes-vous, sur votre lieu de travail, exposé régulièrement à la fumée d'autres personnes ?

Oui Non

Questions générales

Quel est votre statut actuel par rapport à votre emploi ?

- Salarié ou actif
- Invalidité
- Maladie
- Chômage
- Etudiant(e) ou scolaire
- Retraité(e)

Sans activite

Autre

Veillez préciser :

NUTRINET
SANTÉ

Quel est le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu ?

Aucun diplôme

Certificat d'études primaires (CEP), diplôme de fin d'études obligatoires

CAP, BEP, BEPC, BEPS, Brevet élémentaire, Brevet des collèges

Brevet de technicien, Brevet professionnel, BEI, BEC, BEA

Baccalauréat technologique ou professionnel

Baccalauréat général

BTS, DUT, DEST, DEUG , Licence

2ème ou 3ème cycle universitaire (Master, Doctorat), Grande Ecole

Autre

Veillez préciser :

Indiquez votre poids actuel :

kg

Santé respiratoire et produits de nettoyage en période de confinement COVID-19

Dans l'ensemble, pendant la période de confinement, pensez-vous que l'état de vos bronches ou de votre respiration ait changé ?

Oui Non

Si oui, s'est il ?

Amélioré Aggravé

Pendant la période de confinement, combien de temps au total par semaine avez-vous utilisé des produits de nettoyage sous forme liquide, mousse, lingette, spray... ?

Jamais ou < 1 fois par semaine

< 10 minutes par semaine

10 à 30 minutes par semaine

30 minutes à 1 heure par semaine

1 à 2 heure(s) par semaine

> 2 heures par semaine

Pendant la période de confinement, avez-vous utilisé plus fréquemment certains produits de nettoyage ?

Oui Non

Si oui, lesquels

Gel hydroalcoolique

Vinaigre blanc

Eau de javel

Autres désinfectants sous forme liquide, mousse, spray ou en lingette

Autres produits nettoyants (lessive, lave-vaisselle, vitre, sol, plan de travail...)

Commentaires

Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)