



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac
Etablissements de Soins Médicaux et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

Étiquette Patient

QUESTIONNAIRE MEDICAL D'ENTREE

**Merci de remettre ce document dûment
complété au médecin lors de votre admission
dans l'établissement**

Avant de rencontrer le médecin lors de votre première consultation, pouvez-vous lire ces questions et y répondre du mieux que vous pouvez.

Pouvez- vous nous indiquer vos référents santé ?

Pneumologue :

Cardiologue :

Médecin traitant :

Autres médecins :

Kinésithérapeute :

Pharmacien :

Où étiez-vous avant d'arriver ici ?

☐ Domicile ☐ Transfert service hospitalier ☐ Autre précisez :

Etes-vous actuellement suivi pour une maladie chronique ?	OUI	NON
Bronchopathie chronique obstructive (BPCO)		
Asthme		
Dilatations des bronches		
Hypertension artérielle		
Diabète		
Surcharge pondérale		
Apnées du sommeil		
Problème Cardiaque		
Autre, précisez :		

Avez-vous déjà été opéré ?	OUI	NON
	☐	☐
⌵ Si OUI , précisez :		

Avez-vous des allergies ?	OUI	NON
	☐	☐
➤ Si OUI : ☐ Allergies aux médicaments ; précisez :		
☐ Autres allergies ; précisez :		

Concernant vos médicaments

**Si vous n'êtes pas venu avec votre ordonnance,
quels sont les médicaments que vous prenez habituellement ?**

.....

.....

.....

.....

Avez-vous récemment arrêté ou modifié votre traitement ?

OUI NON

☐ ☐

↓ Si OUI, pour quelle(s) raison(s) :

Prenez-vous des médicaments que vous achetez sans ordonnance ?

OUI NON

☐ ☐

↓ Si OUI, quels médicaments ?

Prenez-vous des vitamines, des minéraux ou des compléments alimentaires ?

OUI NON

☐ ☐

↓ Si OUI, lesquels ?

Mettez-vous des collyres ou des gouttes dans les yeux ?

OUI NON

☐ ☐

↓ Si OUI, lesquels ?

Avez-vous des patchs ou des crèmes (médicaments) à mettre sur la peau ?

OUI NON

☐ ☐

↓ Si OUI, lesquels ?

Avez-vous des piqûres à la maison ?

OUI NON

☐ ☐

↓ Si OUI, lesquelles ?
.....

Concernant le tabac

X	<i>Cochez la case qui correspond à votre situation</i> <u>Ne répondez qu'aux questions qui correspondent à votre situation actuelle</u>	
Vous êtes non-fumeur (moins de 100 cigarettes dans votre vie)		
	Vous êtes fumeur	⇒ <i>Veuillez répondre au test de Fagerström et au test de motivation à l'arrêt, en fin de livret</i> ▪ A quel âge avez-vous commencé ?.....ans ▪ Combien de cigarettes avez-vous fumé en moyenne par jour ? cigarettes/jour ▪ Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? ☐ Oui ☐ Non ▪ Si oui, quand ? Avec aide ? (<i>Précisez l'aide : patch, médicaments, hypnose...</i>)
	Vous êtes ancien fumeur	▪ A quel âge avez-vous commencé ?.....ans ▪ Combien de cigarettes avez-vous fumé en moyenne par jour ? cigarettes/jour ▪ Quand avez-vous arrêté ? ▪ Seul ? ☐ Oui ☐ Non ▪ Si non, avec aide ? (<i>précisez l'aide : patch, médicaments, hypnose...</i>)

Concernant vos conditions de vie

X	<i>Cochez la case qui correspond à votre situation</i>	
Etes-vous :		
	⌋ En activité profession :	
	⌋ Retraité professions exercées :	
	⌋ En invalidité	

Vivez-vous seul ?	OUI ☐	NON ☐
---------------------------------	---	---

Avez-vous des enfants ?	OUI ☐	NON ☐
---------------------------------------	---	---

⌋ Si OUI, combien : enfant(s)
--

Votre logement :	☐ plain-pied ☐ Étage ☐ Ascenseur ☐ Jardin
--------------------------------	---

Avez-vous des aides pour le ménage ou les courses ?	OUI	NON
	☐	☐
↴ Si OUI , qui ? Combien d'heures par semaine ? h/semaine		

Avez- vous des loisirs ou activités physiques régulières ?	OUI	NON
	☐	☐
↴ Si OUI : ▪ Lesquelles ? ▪ Faites-vous partie d'un club ou association ? ☐ Oui ☐ Non ▪ Combien d'heures par semaine y consacrez-vous ? h/semaine		
↴ Si NON : ☐ Trop essoufflé ☐ Pas le temps ☐ Pas envie		

Concernant votre maladie respiratoire		
Etes-vous suivi(e) régulièrement par un pneumologue ?	OUI	NON
	☐	☐
↴ Si OUI , la date de la dernière consultation : / /		

<u>Sur les 12 derniers mois, combien de fois avez-vous été obligé(e) de voir votre médecin (généraliste ou pneumologue) pour une aggravation de votre maladie respiratoire ?</u>
☐ Jamais ☐ 1 fois ☐ 2 fois ou plus

<u>Sur les 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) en raison d'une aggravation de votre état respiratoire ?</u>	OUI	NON
	☐	☐
↴ Si OUI , combien de fois ? fois Dates :		

Allez-vous régulièrement chez le kinésithérapeute ?	OUI	NON
	☐	☐
↴ Si OUI , combien d'heures par semaine ? h Pour ☐ Kinésithérapie respiratoire ☐ Ré - entraînement à l'effort ☐ Autre		

A quand remonte votre dernière prise d'antibiotique pour une infection respiratoire ?
☐ > 1 an ☐ Entre 3 mois et 1 an ☐ Entre 1 mois et 3 mois ☐ Moins d'1 mois (Précisez le nom du/des antibiotique(s)) :

Sur les 4 dernières semaines, diriez-vous que votre état respiratoire a été :

☐ Stable ☐ En amélioration ☐ En aggravation

Habituellement, vous êtes essoufflé(e) pour quel niveau d'effort :

 *Entourez le chiffre qui traduit le mieux votre essoufflement habituel*

Stades	Essoufflement
0	▪ Je ne suis essoufflé(e) que pour un effort important
1	▪ Je suis essoufflé(e) lorsque je me presse en terrain plat ou lorsque je monte une petite cote
2	▪ Je marche plus lentement que les personnes de mon âge, en terrain plat, à cause de mon essoufflement ou je dois m'arrêter pour respirer lorsque je marche à mon propre pas en terrain plat
3	▪ Je m'arrête pour respirer après avoir marché environ 100 m ou après quelques minutes en terrain plat
4	▪ Je suis trop essoufflé(e) pour sortir de chez moi ou je suis essoufflé(e) quand je m'habille ou me déshabille

Concernant la toux, diriez-vous qu'elle est habituellement plutôt :

☐ sèche ☐ avec des crachats

Avez-vous déjà passé un scanner thoracique ?

OUI	NON
☐	☐

↴ pourquoi :

Avez-vous un traitement de secours pour votre respiration (par exemple de la VENTOLINE...) ?

OUI	NON
☐	☐

↴ Si **OUI**, lequel et combien de fois par semaine le prenez-vous ? fois/par semaine

Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe ?

OUI	NON
☐	☐

↴ Si **OUI**, quand la dernière fois ? / /

Avez-vous été vacciné(e) contre le pneumocoque (PREVENAR, PNEUMOVAX) ?

OUI	NON
☐	☐

↴ Si **OUI**, quand : / /

Avez-vous déjà fait des séjours en réhabilitation respiratoire ?

OUI	NON
☐	☐

↴ Si **OUI**, quand : / / où :

Concernant votre sommeil

Avez-vous l'impression de bien dormir ?

OUI

NON

☐
☐

Quels sont les symptômes qui altèrent la qualité de votre sommeil ?

- ☐ Ronflements ?
- ☐ Réveils nocturnes avec sensation d'étouffement ?
- ☐ Se lever la nuit pour uriner ?
- ☐ Difficultés d'endormissement ?
- ☐ Maux de tête le matin ?
- ☐ Difficulté à dormir à plat ?
- ☐ Autre (précisez)

Vous sentez-vous somnolent(e) dans la journée ?

OUI

NON

☐
☐

⇒ Si OUI, *Veuillez remplir le questionnaire d'Epworth*

Concernant votre état général

Vous sentez-vous fatigué(e) ?

OUI

NON

☐
☐

Avez-vous bon appétit ?

OUI

NON

☐
☐

Avez-vous pris ou perdu du poids ?

OUI

NON

☐
☐

↴ Si OUI, veuillez indiquer la variation en plus ou en moins : kg

Avez-vous des douleurs ?

OUI

NON

☐
☐

↴ Si OUI, où avez-vous mal ? :

Avez-vous des problèmes pour aller à la selle ?

OUI

NON

☐
☐

Avez-vous des problèmes pour uriner ?

OUI

NON

☐
☐

Questionnaires à remplir :

- Si vous **fumez** ⇒ Veuillez répondre au **test de Fagerstrom** et au **test de motivation à l'arrêt**.
- Si vous avez des **problèmes de sommeil** ⇒ Veuillez compléter **l'échelle d'Epworth**.
- Si vous avez une **Bronchite chronique (BPCO)** ⇒ Veuillez remplir le **questionnaire CAT**
- Veuillez remplir le **questionnaire HAD**



LA PIGNADA • LE HILLOT
 Lège Cap-Ferret • Pessac
 Etablissements de Soins Médicaux et de Réadaptation
 Respiratoire et Cardiovasculaire

ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE CHIMIQUE À LA NICOTINE : QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Etiquette patient

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0
Total		

Source : Tabac-info-service.fr - Site d'information et d'aide à l'arrêt du tabac du Ministère chargé de la Santé et de l'INPES.



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac
Etablissements de Soins Médicaux et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

TEST DE MOTIVATION A L'ARRÊT

Quel est votre degré de motivation pour cet arrêt du tabac ?

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

Si pour vous, certains arguments ont plus de force ou d'importance que d'autres, réglez leur intensité :

0 = pas d'importance
1 = importance moyenne
2 = importance forte

LES ARGUMENTS QUI M'EMPÊCHENT D'ARRÊTER DE FUMER

Les arguments	intensité		
Besoin vital	0	1	2
Nécessaire pour la convivialité	0	1	2
Perdre une aide à la concentration	0	1	2
M'ennuyer	0	1	2
Peur du changement	0	1	2
Perdre un plaisir	0	1	2
Perdre des amis fumeurs	0	1	2
Peur de grossir	0	1	2
Stresser	0	1	2
Etre irritable	0	1	2

LES ARGUMENTS QUI ME POUSSENT À ARRÊTER DE FUMER

Les arguments	intensité		
Ne plus courir pour acheter des cigarettes	0	1	2
Avoir plus de temps libre	0	1	2
Etre en forme	0	1	2
Ne plus avoir à vérifier sans cesse s'il me reste des cigarettes	0	1	2
Avoir une meilleure mine	0	1	2
Faire des économies	0	1	2
Etre plus libre	0	1	2



QUESTIONNAIRE DE SOMNOLENCE d'EPWORTH

Voici quelques situations relativement usuelles, où nous vous demandons d'évaluer le risque de vous assoupir. Aussi, si vous n'avez pas été récemment dans l'une de ces situations, essayez d'imaginer comment cette situation pourrait vous affecter.

Utilisez l'échelle suivante en entourant le chiffre le plus approprié pour chaque situation :

0 = aucune chance de somnoler ou de s'endormir
1 = faible chance de s'endormir
2 = chance moyenne de s'endormir
3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir			
Assis en train de lire	0	1	2	3
En train de regarder la télévision	0	1	2	3
Assis, inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion)	0	1	2	3
Comme passager d'une voiture (ou transport en commun) roulant sans arrêt	0	1	2	3
Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	0	1	2	3
Étant assis en parlant avec quelqu'un	0	1	2	3
Assis au calme après un déjeuner sans alcool	0	1	2	3
Dans une voiture immobilisée depuis quelques minutes	0	1	2	3

Total :



LA PIGNADA • LE HILLOT

Lège Cap-Ferret • Pessac

Etablissements de Soins Médicaux et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

Date :

Quel est l'état de votre BPCO? Répondez au questionnaire CAT (COPD Assessment Test™) pour évaluer votre BPCO

Ce questionnaire vous aidera, ainsi que votre médecin, à mesurer l'impact de la BPCO (BronchoPneumopathie Chronique Obstructive) sur votre bien-être et votre vie au quotidien. Vous pourrez, ainsi que votre médecin, utiliser les réponses et les scores du questionnaire pour mieux prendre en charge votre BPCO et obtenir le meilleur bénéfice de votre traitement.

Pour chaque élément ci-dessous, veuillez indiquer d'une croix (x) la case qui correspond le mieux à votre état actuel. Prenez soin de ne sélectionner qu'une seule réponse par question.

Exemple: Je suis très heureux (heureuse) ☐ 0 ☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Je suis très triste

		POINTS	
Je ne tousse jamais	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Je tousse tout le temps	
Je n'ai pas du tout de glaires (mucus) dans les poumons	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	J'ai les poumons entièrement encombrés de glaires (mucus)	
Je n'ai pas du tout la poitrine oppressée	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	J'ai la poitrine très oppressée	
Quand je monte une côte ou une volée de marches, je ne suis pas essouffé(e)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Quand je monte une côte ou une volée de marches, je suis très essouffé(e)	
Je ne suis pas limité(e) dans mes activités chez moi	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Je suis très limité(e) dans mes activités chez moi	
Je ne suis pas inquiet(e) quand je quitte la maison, en dépit de mes problèmes pulmonaires	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Je suis très inquiet(e) quand je quitte la maison, en raison de mes problèmes pulmonaires	
Je dors bien	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Je dors mal à cause de mes problèmes pulmonaires	
Je suis plein(e) d'énergie	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Je n'ai pas d'énergie du tout	
			SCORE TOTAL



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac

Etablissements de Soins Médicaux et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

Echelle HAD

Hospital Anxiety and Depression scale

(Auteurs : A.S. Zigmond et R.P. Snaith.

Traduction française : J.-P. Lépine)

Date :

Entourer votre réponse

A. Je me sens tendu ou énervé :

- 3. La plupart du temps
- 2. Souvent
- 1. De temps en temps
- 0. Jamais

D. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- 0. Oui, tout autant
- 1. Pas autant
- 2. Un peu seulement
- 3. Presque plus

A. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- 3. Oui, très nettement
- 2. Oui, mais ce n'est pas trop grave
- 1. Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- 0. Pas du tout

D. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- 0. Autant que par le passé
- 1. Plus autant qu'avant
- 2. Vraiment moins qu'avant
- 3. Plus du tout

A. Je me fais du souci :

- 3. Très souvent
- 2. Assez souvent
- 1. Occasionnellement
- 0. Très occasionnellement

D. Je suis de bonne humeur :

- 3. Jamais
- 2. Rarement
- 1. Assez souvent
- 0. La plupart du temps

A. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté :

- 0. Oui, quoi qu'il arrive
- 1. Oui, en général
- 2. Rarement
- 3. Jamais



LA PIGNADA • LE HILLOT
Lège Cap-Ferret • Pessac
Etablissements de Soins Médicaux et de Réadaptation
Respiratoire et Cardiovasculaire

D. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti : 3. Presque toujours 2. Très souvent 1. Parfois 0. Jamais
A . J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : 0. Jamais 1. Parfois 2. Assez souvent 3. Très souvent
D. Je ne m'intéresse plus à mon apparence : 3. Plus du tout 2. Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais 1. Il se peut que je n'y passe plus autant attention 0. J'y prête autant attention que par le passé
A . J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : 3. Oui, c'est tout à fait le cas 2. Un peu 1. Pas tellement 0. Pas du tout
D. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses : 0. Autant qu'avant 1. un peu moins qu'avant 2. Bien moins qu'avant 3. Presque jamais
A . J'éprouve des sensations soudaines de panique : 3. Vraiment très souvent 2. Assez souvent 1. Pas très souvent 0. Jamais
D. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision : 0. Souvent 1. Parfois 2. Rarement 3. Très rarement

Total A :

Total D :

Source : Haute Autorité de Santé – Service des bonnes pratiques professionnelles / Octobre 2014