



...et si c'était de l'ASTHME ?

- 1 Je tousse souvent.* OUI NON
- 2 J'ai souvent des bronchites. OUI NON
- 3 Je m'essouffle trop facilement à l'effort.
(par rapport aux personnes de mon âge) OUI NON
- 4 J'ai des crises d'essoufflement, des sensations d'oppression.* OUI NON
- 5 Il m'arrive d'avoir la poitrine qui siffle.* OUI NON

* en particulier, mais pas forcément la nuit, ou quand je fais des efforts, ou quand je suis exposé(e) à certains facteurs (animaux, plantes, odeurs, poussières, fumées...)

**Si vous avez répondu OUI
à l'une de ces questions,
vous avez peut-être de l'asthme,
parlez-en à votre médecin.**

*Pour en savoir plus vous pouvez répondre
aux questions suivantes figurant au dos de cette feuille.*



▶ N° Vert 0 800 19 20 21

Avec le parrainage du **Ministère de la Santé**



**La probabilité qu'il s'agisse d'asthme
est augmentée
si vous répondez OUI
à une ou plusieurs des 5 questions suivantes.**

- 1 Il y a des asthmatiques dans ma famille. OUI NON
- 2 Certains membres de ma famille ont un terrain allergique :
rhume des foins ou rhinite allergique, eczéma,
conjonctivite allergique (yeux rouges, qui pleurent et démangent). OUI NON
- 3 J'ai ou j'ai eu des manifestations allergiques
(rhinite allergique, crises d'éternuements ou d'écoulement nasal clair
déclenchées par le contact avec de la poussière, des animaux ou des plantes...,
conjonctivite allergique, eczéma, ...). OUI NON
- 4 J'ai souffert d'asthme ou j'ai été exempté(e) de sport
pour raison respiratoire dans l'enfance. OUI NON
- 5 J'ai eu des "bronchites ou bronchiolites à répétition" dans l'enfance ? OUI NON

**Si vous avez répondu OUI
à une ou plusieurs de ces questions,
parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.**

*Ce questionnaire de dépistage est donné à titre indicatif
et ne saurait remplacer un avis médical.*

Avec le soutien du **Laboratoire GlaxoSmithKline**