

IDENTIFICATION DU PATIENT :

MODE D'INTERVENTION :

**COLLECTE DE DONNÉES
VOLET RESPIRATOIRE ASTHME**

Ressources	Nom	No de téléphone
Référé(e) par		
Médecin traitant		
Pneumologue		
Pharmacie		
Autre(s) intervenant(s) :		

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Âge _____ Poids _____ kg Taille _____ cm IMC _____ Année du diagnostic _____

Spirométrie disponible? _____ VEMS (pré) _____ % _____ mL VEMS (post) _____ % _____ mL VEMS/CVF _____

Entrevue initiale en présence de : Usager ☐ Père ☐ Mère ☐ Conjoint ☐ autres : _____

Occupation actuelle : _____ Occupations antérieures : _____

Fumeur : ☐ Jamais ☐ A arrêté _____ ☐ Cigarette ☐ e-Cigarette (avec ou sans nicotine) ☐ Cannabis

1. POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Principale(s) préoccupation(s) mentionnée (s) par l'usager :

Connaissances de l'usager au sujet de l'asthme :

Conditions associées à l'asthme relatées par l'usager (atopie ou autre) :

Autres membres de la famille souffrant d'asthme :

Ces informations permettent de déterminer les prochains sujets à explorer dans la collecte de données. Vers quelle section de la collecte vous orientez-vous?

Si vous aviez une seule question, ce serait laquelle?

Que connaissez-vous au sujet de l'asthme?

Selon vous, quelles autres conditions semblent associées à l'asthme?

Parlez-moi de l'asthme dans votre famille ...

2. DIAGNOSTIC ET HISTOIRE ANTÉRIEURE

*Comment la maladie est
arrivée dans votre vie ...*

3. GRAVITÉ DE L'ASTHME

Dans la dernière année en lien avec l'asthme :

Visites à l'urgence (<24 heures) _____ ou non planifiées au MD : _____
 # Hospitalisation (>24 heures) _____ # traitement corticostéroïdes oraux : _____
 # Jours d'absence au travail : _____ # jours d'absence (école ou garderie) : _____

Dans le passé :

Séjours soins intensifs avec intubation : _____ Année de la dernière fois : _____
 # Pertes de conscience : _____ Année de la dernière fois : _____

Comorbidités :

Bronchite ☐ Pneumonie ☐ Rhinite ☐ Sinusite ☐
 Reflux gastrique ☐ Obésité ☐ Hypertension artérielle ☐
 Insuffisance Cardiaque ☐ Arythmie/FA ☐ Cancer poumon ☐
 Fibrose pulmonaire ☐ Dépression/anxiété ☐ Apnée du sommeil ☐
 Diabète ☐ Bronchiectasies ☐ Ostéoporose/fracture ☐
 Pneumonie ☐ Cachexie/malnutrition ☐ Hypertension pulmonaire ☐
 Glaucome/cataractes ☐ Autres: _____

*Décrivez-moi les soins
médicaux reçus en lien
avec votre asthme*

*De quelles autres maladies
souffrez-vous?*

4. SYMPTÔMES ET MAÎTRISE

Identification des symptômes :

Toux le jour ☐ Toux la nuit ☐ Essoufflement ☐ Respiration sifflante ☐
 Oppression thoracique ☐ Sécrétions ☐ Fatigue ☐
 Absence au travail ou école ☐ Activités quotidiennes diminuées ☐

Autres : _____

Ordre d'apparition :

*Décrivez-moi une journée
quand ça va bien et une
quand ça va mal*

Niveau de maîtrise ACTUEL :

Signes et symptômes présentés dans les deux dernières semaines :			
Critères	Maîtrise acceptable	Mauvaise maîtrise	Très mauvaise Maîtrise
	Vie normale, activités physiques régulières	Toux, essoufflement, respiration sifflante, oppression, sécrétions	Énergie complètement à plat
1. Symptômes diurnes	☐ Rares ≤ 2 fois/semaine _____	☐ Réguliers > 2 fois/semaine _____	☐ Fréquents tous les jours _____
2. Symptômes nocturnes	☐ Aucun	☐ 1 nuit/semaine ou plus _____	☐ Plusieurs nuits _____
3. Bronchodilatateur à courte durée d'action	☐ ≤ 2 fois/semaine _____	☐ > 2 fois/semaine _____	☐ Soulagement < 3-4 heures
4. Activités quotidiennes	_____	_____	_____
5. DEP (%/meilleure valeur)	☐ 90 à 100%	☐ 60 à 90 %	☐ < 60 %
Si la maîtrise n'était pas acceptable, quelle intervention immédiate a été faite :			

Autres signes cliniques : _____

5. IMPACTS DE LA MALADIE SUR ...

Qu'est-ce que l'asthme change dans votre vie?

Les AVD ☐ Lesquelles : _____

Les AVQ : ☐ Lesquelles _____

Le travail : ☐ Lesquelles _____

Les loisirs : ☐ Activités que l'utilisateur voudrait faire ou recommencer à faire : _____

Le moral : ☐ Comment : _____

Si utilisée : Score Échelle anxiété/dépression HADS _____

Les relations avec les proches et amis : ☐ Comment : _____

Les finances : ☐ Comment : _____

Autres impacts mentionnés par l'utilisateur :

6. MÉDICATION

Parlez-moi de vos médicaments et de leurs effets ...

Assurance privée ☐ _____

RAMQ ☐

Obtenir une copie du profil pharmacologique à jour ou du dossier DSQ ou compléter le tableau ci-après au besoin

Décrire l'observance ou les raisons de non observance à la médication

(veuillez utiliser aussi le tableau ci-après pour détailler) :

Comment vous sentez-vous de devoir prendre ces médicaments?

Nom du médicament	Mode administration	Dose	Fréquence	Observance	Efficacité

Évaluation et éducation au sujet des techniques

Référence au guide *Techniques et entretien des dispositifs d'inhalation* du RQESR, 2020

☐ Grille des étapes d'utilisation remise à l'utilisateur

☐ Visionnement des vidéos d'utilisation sur le site du RQESR www.rqesr.ca
 ou [RQESR - Outils les plus utilisés](#)

☐ Utilisation des dispositifs placebos pour démonstration

☐ Information au sujet de l'entretien des dispositifs

☐ L'utilisateur n'avait pas ses dispositifs et n'a pu démontrer sa technique

☐ Autre information :

Montrez-moi comment fonctionnent vos pompes

Dispositif	Aisance ou difficultés observées	Corrigé ou à revoir?
☐ Aérosol-doseur (AD) seul		
☐ Chambre d'espacement (avec masque/pièce buccale)		
☐ Corticostéroïde nasal		
☐ Débitmètre de pointe		
☐ Diskus		
☐ Ellipta		
☐ Respimat		
☐ Twisthaler		
☐ Turbuhaler		
☐ RespiClick		
☐ Breezhaler		
☐ Epipen		
Autre : _____		

7. PLAN D'ACTION

Que faites-vous si vous avez un rhume ou si votre respiration va moins bien?

Volet pharmacologique prescrit : ☐

Avoir une copie du plan d'action au dossier ou compléter le tableau suivant :

Classe	Nom du médicament	Mode d'administration	Dose		Fréquence	Durée

Que connaît l'utilisateur sur son plan d'action:

Que connaissez-vous de votre plan d'action?

Ne connaît pas cet outil : ☐ Veut en apprendre davantage? _____

Comment se sent l'utilisateur face à son plan d'action :

Comment vous sentez-vous de pouvoir ajuster votre médication?

8. ENVIRONNEMENT/FACTEURS DÉCLENCHANTS

Facteurs déclenchants identifiés par l'utilisateur (si c'est en lien avec la préoccupation de l'utilisateur)

Inflammatoires

- ☐ Infections respiratoires
☐ Allergènes

Irritatifs et mixtes

- ☐ Exercice
☐ Air froid ou changement de température
☐ Émotions et stress
☐ Fumée de tabac
☐ ASA
☐ RGO

Test allergie : Date : _____

Réactions positives à :

- ☐ Chat ☐ Chien ☐ Cheval ☐ Plumes ☐ Acariens ☐ Arbres ☐ Graminées

- ☐ Herbes à poux ☐ Moisissures ☐ Blattes ☐ Autres : _____

Parlez-moi de vos allergies...

Décrivez-moi vos milieux de vie

Lieux significatifs :

Locataire

Propriétaire

Présence # jours/semaine

Exposé aux animaux

Fumée (# cig/jour)

1. Domicile principal

2. Domicile secondaire

3. Garderie

Chambre à coucher :

Oreillers/édredons de plumes

Recouvrement anti-acariens

Couvertures (laine, draps santé)

Toutous

Tapis

Située dans un sous-sol

Appareillage :

Humidificateur (type)	_____	_____	_____
Hygromètre (% d'humidité)	_____	_____	_____
Climatiseur	_____	_____	_____
Type de chauffage	_____	_____	_____

9. HABITUDES DE VIE EN LIEN AVEC LA PRÉOCCUPATION DE L'USAGER

Tabagisme (cigarette, e-cigarette ou marijuana):

Fumeur : ☐ Combien de cigarettes/jour? _____

Depuis combien d'années? _____ Nb de paquets/année : _____

Ex-Fumeur : ☐ Année de l'arrêt tabagique: _____

Nombre de tentatives d'arrêt tabagique : _____

Non-fumeur (jamais fumé) : ☐

Exposition à de la fumée secondaire: ☐ Cigarette ☐ Chauffage au bois ☐ Fumées industrielles

Autres expositions : Poussières ☐ Agents chimiques ☐

Précisez : _____

Quelle est votre expérience avec le tabac, le cannabis et la e-cigarette?

Activité physique :

Type d'exercices pratiqués : _____

de fois/sem : _____ Durée(min) à chaque fois : _____

Parlez-moi de ...

Alimentation :

de repas/jour _____ # de collations/jour : _____

Description d'une journée type: _____

Parlez-moi de ...

Sommeil :

d'heures de sommeil/nuits : _____ # de siestes/jour : _____ Ronflement : _____ Somnolence le jour : _____

Parlez-moi de ...

Vie sexuelle satisfaisante :

☐ Oui

☐ Si non, spécifiez : _____

Parlez-moi de ...

Loisirs et voyages :

☐ Loisirs pratiqués : _____

Parlez-moi de ...

☐ Voyage en prévision

☐ Non ☐ Si oui, spécifiez plan: _____

Vaccination :

Contre l'influenza chaque année ☐

Si non, raisons : _____

Contre le pneumocoque ☐ année _____

Si non, raisons : _____

Contre la COVID-19 ☐ combien de doses ? _____

Si non, raisons : _____

Que pensez-vous de la campagne de vaccination ...?

10. RÉSEAU DE SOUTIEN ET MILIEU DE VIE

☐ Vit seul(e)

☐ Si non, vit avec qui : _____

☐ Personnes significatives: _____

☐ Accepte la présence d'une personne significative aux entrevues: _____

☐ Autres spécificités : _____

Comment réagit votre famille/entourage à la maladie respiratoire?

11. GESTION DE L'ANXIÉTÉ/STRESS

Facteurs qui causent de l'anxiété/stress à l'utilisateur :

Qu'est-ce qui vous cause de l'anxiété ou du stress?

Comment vivez-vous les épisodes stressants de la vie?

Techniques/stratégies utilisées par l'utilisateur pour contrôler son anxiété/stress :

☐ Respiration profonde (diaphragmatique) ☐ Visualisation ☐ Autres stratégies : _____

15. ATTENTES DE L'USAGER EN LIEN AVEC LE SUIVI DE SON ASTHME PAR LE MÉDECIN ET L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE

Que pensez-vous du fait que je vais travailler avec votre médecin, votre pharmacien et vous?

Signature du professionnel : _____ Date : _____

Signature du professionnel : _____ Date : _____

Signature du professionnel : _____ Date : _____