

INFORMATIONS COMPLÈMENTAIRES CONCERNANT L'ASTHME DE VOTRE ENFANT

Nom et Prénom de l'enfant :

1°) Fréquence des crises d'asthme de votre enfant :

Rarement (moins d'1 fois par an)	Parfois (1 à 2 fois par an)	Régulièrement (1 fois par mois)	Très régulièrement (plus d'1 fois par mois)
-------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

Date de la dernière crise ?.....

2°) Dans quel(s) contexte(s) ces crises apparaissent ?

Effort Allergie Etat grippal Pas de contexte particulier

Autre

3°) Votre enfant a-t-il eu une crise d'asthme qui a nécessité une hospitalisation ?

oui non

Si oui, quand date cette crise ?.....

4°) Votre enfant a-t-il un traitement de fond ? oui non

Si oui, lequel ?

5°) Autonomie de votre enfant par rapport à son asthme ?

. Votre enfant sent-il quand il a besoin de sa Ventoline ? oui non

. Votre enfant sait-il s'administrer sa Ventoline ? oui non

Nom de la personne qui a rempli ce questionnaire :.....

Date et signature