

# **Questionnaire de qualité de vie en cas d'allergie alimentaire pour enfants et adolescents (8-12 ans)**

Ce questionnaire fait partie du projet EuroPrevall, une étude européenne multi-disciplinaire sur la prévalence, les coûts et les fondements de l'allergie alimentaire en Europe.

## Section A

Les questions suivantes traitent de l'influence qu'a ton allergie alimentaire. Il est important que tu répondes aux questions toi-même. Tu peux demander des explications à tes parents mais ils ne peuvent pas te donner la réponse. Réponds à toutes les questions en cochant la bonne case. Tu as le choix entre les réponses suivantes.

 pas du tout   
  presque pas   
  un peu   
  moyennement   
  pas mal   
  beaucoup   
  énormément

**Concernant ton allergie alimentaire, à quel point cela t'ennuie-t-il ...**









|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 de devoir toujours faire attention à ce que tu manges ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 de pouvoir manger moins de choses ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 de ne pas pouvoir acheter certaines choses que tu aimerais manger?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 de devoir lire les étiquettes ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 de devoir refuser de la nourriture quand tu fais des choses avec d'autres ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 de pouvoir moins facilement rester manger chez quelqu'un ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 de pouvoir essayer ou goûter moins de produits quand tu ne manges pas à la maison?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 de devoir à l'avance discuter de ce que tu ne peux pas manger quand tu ne manges pas à la maison? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 de devoir vérifier toi même si tu peux manger un produit quand tu ne manges pas à la maison ?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 D'hésiter à prendre certains aliments si tu n'es pas certain qu'ils soient sûrs?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 de devoir faire attention à ne pas toucher certains aliments?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 de ne rien recevoir quand quelqu'un offre des friandises à l'école?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

 pas du tout   
  presque pas   
  un peu   
  moyennement   
  pas mal   
  beaucoup   
  énormément

**Concernant ton allergie alimentaire, à quel point cela t'ennuie-t-il ...**









- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13 que les ingrédients des aliments changent?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 que l'étiquetage mentionne: "Peut contenir des traces de ..." ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 de devoir expliquer que tu as une allergie alimentaire à ton entourage ?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 que les gens dans ton entourage oublient que tu as une allergie alimentaire ?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 que les autres mangent un aliment auquel tu es allergique pendant que tu es avec eux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 D'ignorer le goût des aliments que tu ne peux pas manger ?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Concernant ton allergie alimentaire, à quel point as-tu peur ...**









- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19 d'une réaction allergique?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 de manger par accident un produit auquel tu es allergique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 de manger quelque chose que tu n'as jamais mangé?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Répond aux questions suivantes:**









- |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22 A quel point es-tu inquiet de ne jamais te débarrasser de ton allergie alimentaire?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 A quel point es-tu déçu quand on ne tient pas suffisamment compte de ton allergie alimentaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 A quel point es-tu déçu d'avoir une allergie alimentaire?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Section B

Dans les quatre questions suivantes, nous te demandons d'évaluer le risque que tu cours de faire des réactions liées à ton allergie alimentaire. Tu as le choix entre les réponses suivantes :

|                                |                      |                 |                   |                  |                            |   |
|--------------------------------|----------------------|-----------------|-------------------|------------------|----------------------------|---|
| <b>0</b>                       | <b>1</b>             | <b>2</b>        | <b>3</b>          | <b>4</b>         | <b>5</b>                   | <b>6</b>                                |
| jamais<br>(probabilité de 0 %) | très peu<br>probable | peu<br>probable | assez<br>probable | très<br>probable | très grande<br>probabilité | sûr et certain<br>(probabilité de 100%) |

Après ces questions suivent encore 2 questions au sujet de ton allergie alimentaire. Répond à toutes les questions en cochant la case appropriée.

| Quel est selon toi la probabilité que tu ...  | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 manges par accident un aliment auquel tu es allergique?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 ais une réaction allergique sévère si tu manges, par accident, un aliment auquel tu es allergique ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 décèdes après avoir mangé accidentellement un aliment auquel tu es allergique ?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 ne saches pas réagir correctement en cas de réaction allergique                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6** Tout le monde fait des choses avec d'autres comme par exemple:  
 - jouer avec des copains  
 - aller à un anniversaire  
 - aller en visite  
 - rester manger chez quelqu'un ou aller au restaurant

**5** Combien de produits dois-tu éviter à cause de ton allergie alimentaire?

- Presque aucun
- Très peu
- Peu
- Certains
- Beaucoup
- Énormément
- Presque tous

**Ton allergie alimentaire affecte-t-elle les choses que tu fais avec les autres ?**

- si peu que je ne le remarque pas
- très peu
- un peu
- modérément
- assez fortement
- fortement
- énormément

## Section C

Pour terminer, quelques questions générales au sujet de ton allergie alimentaire. Coche les cases appropriées. Tes parents peuvent t'aider à répondre à certaines questions si nécessaire.

1. **Date à laquelle ce formulaire a été rempli** .... - .... - ..... (jj-mm-aaaa)

2. **Date de naissance** .... - .... - ..... (jj-mm-aaaa)

3. **Je suis**  un garçon  une fille

4. **A quels aliments es-tu allergique (plusieurs réponses possible!)**

- |  |                               |  |                                  |
|--|-------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arachide/cacahuète                  | <input type="checkbox"/> Œuf  | <input type="checkbox"/> Graines de Sésame | <input type="checkbox"/> céleri  |
| <input type="checkbox"/> Noix (noisettes, amandes, noix,...) | <input type="checkbox"/> Blé  | <input type="checkbox"/> Poisson           | <input type="checkbox"/> Fruits  |
| <input type="checkbox"/> Lait                                | <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> Crustacés         | <input type="checkbox"/> Légumes |
| <input type="checkbox"/> Autres, notamment.....              |                               |  |                                  |

5. **De quels symptômes souffrais-tu lors de la réaction allergique la plus sévère que tu as eu?**

(plusieurs réponses possibles)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> démangeaisons dans la bouche | <input type="checkbox"/> yeux rouges                     | <input type="checkbox"/> augmentation de l'eczéma    |
| <input type="checkbox"/> démangeaisons dans la gorge  | <input type="checkbox"/> sentiment que la gorge se serre | <input type="checkbox"/> nausées                     |
| <input type="checkbox"/> démangeaisons des oreilles   | <input type="checkbox"/> difficultés pour avaler         | <input type="checkbox"/> crampes abdominales         |
| <input type="checkbox"/> démangeaisons de la langue   | <input type="checkbox"/> voix rauque                     | <input type="checkbox"/> vomissements                |
| <input type="checkbox"/> démangeaisons des lèvres     | <input type="checkbox"/> difficulté à respirer           | <input type="checkbox"/> diarrhées                   |
| <input type="checkbox"/> gonflement de la langue      | <input type="checkbox"/> respiration bloquée             | <input type="checkbox"/> vertiges                    |
| <input type="checkbox"/> gonflement des lèvres        | <input type="checkbox"/> respiration sifflante           | <input type="checkbox"/> palpitations cardiaques     |
| <input type="checkbox"/> nez qui coule                | <input type="checkbox"/> toux                            | <input type="checkbox"/> vue qui ce trouble          |
| <input type="checkbox"/> nez bouché                   | <input type="checkbox"/> démangeaisons de la peau        | <input type="checkbox"/> ne pas tenir sur ses jambes |
| <input type="checkbox"/> éternuements                 | <input type="checkbox"/> peau rouge                      | <input type="checkbox"/> étourdissements             |
| <input type="checkbox"/> démangeaison des yeux        | <input type="checkbox"/> gonflements de la peau          | <input type="checkbox"/> chute                       |
| <input type="checkbox"/> yeux qui pleurent            | <input type="checkbox"/> urticaire                       | <input type="checkbox"/> perte de conscience         |

6. **Quel aliment a causé cette réaction allergique la plus sévère?**

.....

7. **Quand as-tu eu cette réaction allergique la plus sévère?**

.....

8. **Qui a constaté ( diagnostiqué ?) ton allergie alimentaire?**

- |   |                                       |   |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> vous-même (toi, tes parents) | <input type="checkbox"/> allergologue | <input type="checkbox"/> médecine alternative   |
| <input type="checkbox"/> médecin de famille           | <input type="checkbox"/> dermatologue | <input type="checkbox"/> Autre, notamment ..... |
| <input type="checkbox"/> diététicien                  | <input type="checkbox"/> pédiatre     | .....   |

9. **Un stylo d'Adrénaline (par exemple, Epipen, Anapen) t'a-t-il été prescrit?**  oui  non

Ceci est la fin du questionnaire.

**Un grand merci pour ta participation!**