

**Questionnaire de qualité de vie en cas d'allergie
alimentaire**
Formulaire à l'attention des parents
Enfants âgés de 0-12 ans

Instructions pour les parents

- Les situations suivantes nous ont été rapportées par des parents comme affectant la qualité de vie de leurs enfants avec allergie alimentaire.
- Veuillez nous indiquer à quel point chaque scénario affecte la qualité de vie de votre enfant en cochant la case qui correspond le mieux de 1 à 7 par un (√) ou une (X).

Possibilités de réponses

- 1 = pas du tout
- 2 = un petit peu
- 3 = légèrement
- 4 = modérément
- 5 = passablement
- 6 = beaucoup
- 7 = extrêmement

Toutes les informations fournies sont complètement confidentielles

Ce questionnaire sera seulement identifié par un numéro.

Il y a 4 sections dans ce questionnaire : A, B, C et D.

- Si votre enfant est âgé de 0 à 3 ans, veuillez répondre aux questions de la Section A
- Si votre enfant est âgé de 4 à 6 ans, veuillez répondre aux questions de la Section A et de la Section B
- Si votre enfant est âgé de 7 ans et plus, veuillez répondre aux questions des Sections A, B et C.
- Section D : pour tous les groupes d'âge

SECTION A : Pour tous les groupes d'âge

	Pas du tout	→					Extrêmement
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant se sent.....	1	2	3	4	5	6	7
1 Anxieux par rapport à la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Différent des autres enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Frustré par les restrictions de son régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Effrayé d'essayer des aliments non familiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Préoccupé(e) que je m'inquiète qu'il/elle fasse une réaction à un aliment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	→					Extrêmement
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant.....	1	2	3	4	5	6	7
6 Est soumis à des souffrances physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Est soumis à des perturbations émotionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 A un manque de variété dans son régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	→					Extrêmement
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant est affecté de manière négative par le fait....	1	2	3	4	5	6	7
9 De recevoir plus d'attention que les autres enfants de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 De devoir grandir plus vite que les autres enfants de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 D'avoir un environnement plus restrictif que celui des autres enfants de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout	→					Extrêmement
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), l'environnement social de mon enfant est restreint en raison des limitations des....	1	2	3	4	5	6	7
12 Restaurants dans lesquels nous pouvons aller en toute sécurité en famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Destinations de vacances vers lesquelles la famille peut aller en toute sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	1	2	3	4	5	6	7
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), la participation de mon enfant a été limitée lors.....							
14 Des activités sociales chez d'autres personnes (rester dormir, fêtes, jeux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION B : Pour les enfants âgés de 4 à 12 ans

	Pas du tout							Extrêmement
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), la participation de mon enfant a été limitée lors.....	1	2	3	4	5	6	7	

15 D'évènements scolaires/pré-scolaires où l'on peut trouver de la nourriture (fêtes de classe/ collations/repas de midi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	Pas du tout							Extrêmement
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant se sent.....	1	2	3	4	5	6	7	

16 Anxieux lorsqu'il se rend dans de nouveaux endroits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Préoccupé de devoir toujours faire attention à la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 'Mis à l'écart' lors d'activités impliquant de la nourriture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Contrarié que les sorties familiales soient restreintes par la nécessité de devoir les planifier à l'avance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Anxieux de manger accidentellement un ingrédient auquel il est allergique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Anxieux lorsqu'il mange avec des adultes/enfants non familiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Frustré par des restrictions sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Pas du tout							Extrêmement
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant.....	1	2	3	4	5	6	7	
23 Est plus anxieux en général que les autres enfants de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 Est plus prudent en général que les autres enfants de son âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25 Est moins confiant que les autres enfants de son âge en société	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26 Espère que son/ses allergie(s) alimentaire(s) disparaisse(nt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SECTION C : Pour les enfants âgés de 7 à 12 ans

	Pas du tout	→					Extrêmement
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant.....	1	2	3	4	5	6	7
27 Se sent inquiet au sujet de son avenir (opportunités, relations)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Se sent incompris de beaucoup de gens quant à la sévérité des allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Se sent préoccupé par la mauvaise qualité de l'étiquetage des produits alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 A l'impression que son/ses allergie(s) alimentaire(s) limite(nt) sa vie en général	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'avoir complété ce questionnaire. Nous vous serions reconnaissants de répondre maintenant à quelques questions concernant la/les allergie(s) alimentaire(s) de votre enfant.

SECTION D: Pour tous les groupes d'âge

Partie 1: La/Les allergie(s) alimentaires de mon enfant.

Q1. Quel est votre sexe ? Masculin Féminin

Q2. Quel est le sexe de votre enfant? Masculin Féminin

Q3. Quel âge a votre enfant avec allergie(s) alimentaire(s)? Années _____ Mois _____

Q4. A quel(s) aliment(s) votre enfant est-il allergique? Cochez la/les bonne(s) réponse(s).

Cacahuète Tous types de noix Lait Oeufs

Blé Soja Sésame Poissons

Crustacés Fruits Légumes Autres

Veuillez préciser "Autres":

Q5. Après l'ingestion de quel aliment, votre enfant a-t-il présenté sa réaction la plus sévère?

Q6. Votre enfant a-t-il fait une réaction anaphylactique? Oui Non

Q7. Si 'Oui', De quand date cette réaction? Veuillez cocher ce qui est correct.

Très récemment

Il y a 6 à 12 mois

Il y a environ 1 an

Il y a environ 2 ans

Plus de 2 ans

Q8(a). Votre enfant est-il muni d'un Epipen®/Anapen®? Oui Non

Q8(b). La prescription de l'Epipen®/Anapen® est-elle... ?

(1) Rassurante ... Pour vous Pour votre enfant

(2) Angoissante ... Pour vous Pour votre enfant

Q9. Qui a diagnostiqué l'allergie alimentaire de votre enfant? Veuillez cocher la/les bonne(s) réponse(s)

Médecin généraliste

Allergologue

Pédiatre

Dermatologue

Dietéticienne

Praticien de médecine parallèle

Q10. Quels symptômes votre enfant présente-t-il? Veuillez cocher la/les bonne(s) réponse(s).

Démangeaisons dans la bouche	<input type="checkbox"/>	Serrement de la gorge	<input type="checkbox"/>	Urticaire	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons dans la gorge	<input type="checkbox"/>	Difficultés à avaler	<input type="checkbox"/>	Gonflement de la peau/oedème	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons dans les oreilles	<input type="checkbox"/>	Voix rauque	<input type="checkbox"/>	Nausées	<input type="checkbox"/>

Démangeaisons des lèvres	<input type="checkbox"/>	Difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	Crampes abdominales	<input type="checkbox"/>
Écoulement nasal	<input type="checkbox"/>	Souffle court	<input type="checkbox"/>	Vomissements	<input type="checkbox"/>
Nez bouché	<input type="checkbox"/>	Sifflements respiratoires	<input type="checkbox"/>	Diarrhées	<input type="checkbox"/>
Eternuements	<input type="checkbox"/>	Toux	<input type="checkbox"/>	Étourdissements	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons des yeux	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons de la peau	<input type="checkbox"/>	Palpitations	<input type="checkbox"/>
Larmes	<input type="checkbox"/>	Peau rouge	<input type="checkbox"/>	Incapacité de se tenir debout	<input type="checkbox"/>
Yeux rouges	<input type="checkbox"/>	Augmentation de l'eczéma	<input type="checkbox"/>	Perte de connaissance	<input type="checkbox"/>

Q11. A quelle fréquence votre enfant rencontre-t-il d'autres enfants avec allergie alimentaire ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent

SECTION E: Pour tous les groupes d'âge

Partie 2: Vos craintes et celles de votre enfant au sujet de la sécurité alimentaire

Veillez répondre aux questions suivantes en vous référant à l'échelle de 1 à 7 points placée à droite

- 1 = extrêmement improbable**
2 = très improbable
3 = plutôt improbable
4 = probable
5 = assez probable
6 = très probable
7 = extrêmement probable

Q1. Quel risque, pensez-vous, votre enfant a-t-il.....?

	Question	Echelle de 0 à 6						
		1	2	3	4	5	6	7
1d'ingérer accidentellement un aliment auquel il est allergique?							
2d'avoir une réaction sévère en cas d'ingestion alimentaire accidentelle?							
3de mourir de son/ses allergie(s) alimentaire(s) après une ingestion dans le futur?							
4 de se traiter efficacement, ou de recevoir un traitement efficace d'une autre personne (y compris l'administration d'Epipen®/Anapen®), s'il ingère accidentellement un aliment auquel il est allergique?							

Q2. Quel risque votre enfant pense-t-il avoir.....?

	Question	Echelle de 0 à 6						
		1	2	3	4	5	6	7
1d'ingérer accidentellement un aliment auquel il est allergique?							
2d'avoir une réaction sévère en cas d'ingestion alimentaire accidentelle?							
3de mourir de son/ses allergie(s) alimentaire(s) après une ingestion dans le futur?							
4 de se traiter efficacement, ou de recevoir un traitement efficace d'une autre personne (y compris l'administration d'Epipen®/Anapen®), s'il ingère accidentellement un aliment auquel il est allergique?							

Q3. Combien d'aliments différents **votre enfant doit-il éviter?**

0-2	
3-6	
7-10	
10+	

SECTION F: Pour tous les groupes d'âge

Partie 3: Vos inquiétudes en tant que parent

Q1. Comment décririez-vous ...

(A) Votre santé ? (B) La santé de votre enfant?

Excellente	<input type="checkbox"/>	Excellente	<input type="checkbox"/>
Très bonne	<input type="checkbox"/>	Très bonne	<input type="checkbox"/>
Bonne	<input type="checkbox"/>	Bonne	<input type="checkbox"/>
Assez bonne	<input type="checkbox"/>	Assez bonne	<input type="checkbox"/>
Pas très bonne	<input type="checkbox"/>	Pas très bonne	<input type="checkbox"/>
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	Mauvaise	<input type="checkbox"/>
Très mauvaise	<input type="checkbox"/>	Très mauvaise	<input type="checkbox"/>

Q2. En raison de l'allergie alimentaire, à quel point êtes-vous préoccupé(e) par....

(A) la santé de votre enfant

(B) le bien-être émotionnel de votre enfant

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Un petit peu	<input type="checkbox"/>	Un petit peu	<input type="checkbox"/>
Un peu	<input type="checkbox"/>	Un peu	<input type="checkbox"/>
Passablement	<input type="checkbox"/>	Passablement	<input type="checkbox"/>
Beaucoup	<input type="checkbox"/>	Beaucoup	<input type="checkbox"/>

Q3. Quel niveau de stress l'allergie alimentaire de votre enfant provoque-t-elle chez

(A) Vous-même?

(B) Votre conjoint?

(C) Votre famille?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Un petit peu	<input type="checkbox"/>	Un petit peu	<input type="checkbox"/>	Un petit peu	<input type="checkbox"/>
Un peu	<input type="checkbox"/>	Un peu	<input type="checkbox"/>	Un peu	<input type="checkbox"/>
Passablement	<input type="checkbox"/>	Passablement	<input type="checkbox"/>	Passablement	<input type="checkbox"/>
Beaucoup	<input type="checkbox"/>	Beaucoup	<input type="checkbox"/>	Beaucoup	<input type="checkbox"/>

Q4. A quel point l'allergie alimentaire a-t-elle limité le type d'activités

(A) que vous pouvez faire en famille

(B) auxquelles votre enfant peut participer?

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	Pas du tout	<input type="checkbox"/>
Un petit peu	<input type="checkbox"/>	Un petit peu	<input type="checkbox"/>
Un peu	<input type="checkbox"/>	Un peu	<input type="checkbox"/>
Passablement	<input type="checkbox"/>	Passablement	<input type="checkbox"/>
Beaucoup	<input type="checkbox"/>	Beaucoup	<input type="checkbox"/>

Nous vous remercions d'avoir consacré du temps à remplir ce questionnaire. Votre participation est très appréciée.