

Clinique d'immunothérapie orale (CITO)

Questionnaire de la qualité de vie pour fins d'analyse pharmacoéconomique (no.1)

Les questionnaires suivants portent sur l'impact des allergies alimentaires sur votre vie et celle de votre enfant. Les questionnaires de type FAQLQ (Europreval) ont été développés spécifiquement pour les patients atteints d'allergies alimentaires. Le questionnaire SF-6D est un questionnaire de qualité de vie standardisé lié à la santé en général (c'est-à-dire s'appliquant potentiellement à tout problème de santé).

Dans le cadre de votre application à la clinique d'immunothérapie du CHU Sainte-Justine, nous vous demandons de remplir ces questionnaires au meilleur de vos connaissances. Il est important de répondre à toutes les questions.

Vos réponses aux questionnaires NE SERONT PAS utilisées pour déterminer votre admissibilité et votre priorisation au sein de la clinique. Elles serviront comme outils de mesure de performance pour la clinique pour mesurer l'impact du traitement sur la qualité de vie des patients et des familles et pour mieux estimer les besoins à combler. Il est donc **important que vos réponses reflètent le plus fidèlement votre situation.**

Identification de l'enfant :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance: _____

Assurance maladie: _____

Date d'expiration: _____

French – Parent version



FAQLQ-PF

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

To cite this questionnaire:

DunnGalvin A, Flokstra-de Blok BMJ, Burks AW, Dubois AEJ, Hourihane JO. Food allergy QoL questionnaire for children aged 0-12 years: content, construct, and cross-cultural validity. Clin Exp Allergy 2008 Jun;38(6):977-986.

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 0 à 6 par un (√) ou une (X).

Possibilités de réponses

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

**Toutes les informations fournies sont complètement
confidentielles**

Ce questionnaire sera seulement identifié par un numéro.

- 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 A

En raison de son/ses allergie(s) alimentaires(s), mon enfant se sent.....

	Pas du tout						Extrêmement
	0	1	2	3	4	5	6
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"/>

En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant.....

	Pas du tout						Extrêmement
	0	1	2	3	4	5	6
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"/>

En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant est affecté de manière négative par le fait.....

	Pas du tout						Extrêmement
	0	1	2	3	4	5	6
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"/>

En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), l'environnement social de mon enfant est restreint en raison des limitations des.....

	Pas du tout						Extrêmement
	0	1	2	3	4	5	6
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"/>

En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), la participation de mon enfant a été limitée lors

	Pas du tout						Extrêmement
	0	1	2	3	4	5	6
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"/>

- Si votre enfant est âgé de **0 à 3 ans**, veuillez maintenant aller à la **Section D**.
- Si votre enfant est âgé de **4 à 12 ans**, veuillez maintenant répondre aux questions de la **Section B**.

SECTION B:

	Pas du tout			Extrêmement			
	0	1	2	3	4	5	6
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), la participation de mon enfant a été limitée lors.....							
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			
	0	1	2	3	4	5	6
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant se sent.....							
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			
	0	1	2	3	4	5	6
En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant.....							
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"/>

- Si votre enfant est âgé de **6 ans et moins**, veuillez maintenant aller à la **Section D**.
- Si votre enfant est âgé de **7 ans et plus**, veuillez maintenant répondre aux questions de la **Section C**.

SECTION C

En raison de son/ses allergie(s) alimentaire(s), mon enfant	Pas du tout Extrêmement						
	0	1	2	3	4	5	6
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"/>

SECTION D.

Veuillez répondre aux questions suivantes en vous référant à l'échelle de 0 à 6 points placée à droite

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

0 = extrêmement improbable
 1 = très improbable
 2 = plutôt improbable
 3 = probable
 4 = assez probable
 5 = très probable
 6 = extrêmement probable

	Question	Echelle de 0 à 6						
		0	1	2	3	4	5	6
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 ?							
4de 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						
		0	1	2	3	4	5	6
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?							

Questionnaire sur l'état de santé

Le questionnaire suivant doit être rempli par le parent de l'enfant allergique. Il porte sur l'influence de la condition de l'enfant à la fois sur son état de santé **ET** sur celui du parent (traités comme un tout). Il s'agit d'un questionnaire global traitant de différents aspects de la santé physique et mentale.

Veuillez répondre à chaque question en choisissant la réponse qui décrit le mieux **votre santé ET celle de votre enfant** telles qu'influencées par ses allergies alimentaires ou toute autre condition de santé.

Questions :

1. Actuellement, votre état de santé ou celui de votre enfant vous limitent-ils, vous ou votre enfant, dans vos activités physiques au quotidien?

Pas du tout limité dans les activités exigeant un effort physique important (comme courir, soulever des objets lourds, pratiquer des sports violents)

Un peu limité dans les activités exigeant un effort physique important (comme courir, soulever des objets lourds, pratiquer des sports violents)

Un peu limité dans les activités modérées (comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf)

Très limité dans les activités modérées (comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf)

Très limité pour prendre un bain ou m'habiller

2. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois vous ou votre enfant avez accomplis moins de choses que vous ne l'auriez voulu au travail, à l'école ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de votre état de santé physique ou de votre moral ou de ceux de votre enfant (incluant le fait de se sentir déprimé ou anxieux)?

Jamais

Rarement

Parfois

La plupart du temps

Tout le temps

3. Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou votre enfant avez éprouvé des douleurs physiques?

Aucune douleur

Douleurs très légères

Douleurs légères

Douleurs moyennes

Douleurs intenses

Douleurs très intenses

4. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois vous ou votre enfant vous êtes-vous senti épuisé et vidé?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- La plupart du temps
- Tout le temps

5. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois votre état de santé ou celui de votre enfant a-t-il nui à vos activités sociales ou à celles de votre enfant (comme sortir au restaurant, visiter des amis, etc.) ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- La plupart du temps
- Tout le temps

6. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois vous ou votre enfant vous êtes-vous senti triste et démoralisé ou très nerveux?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- La plupart du temps
- Tout le temps