

QUESTIONNAIRE PERSONNELS DE CRECHES

Il faut environ 20 minutes pour remplir ce questionnaire. Nous vous demandons de le remplir le mieux possible. Les réponses à toutes les questions sont importantes pour la recherche, qu'elles soient positives ou négatives. En cas de doute, cocher la case "Non". Nous vous rappelons que vos réponses seront traitées de façon strictement confidentielle. Les scientifiques qui procéderont aux analyses ne pourront pas avoir accès à votre identité. Pour plus de facilité, répondez aux questions dans l'ordre et laissez-vous guider par nos indications. Nous vous remercions chaleureusement de votre participation.*

MERCI DE NE PAS RAYER, DE NE PAS DÉBORDER DES CASES, D'ÉCRIRE AVEC UN STYLO NOIR ET EN MAJUSCULE D'IMPRIMERIE

Date de réponse ___ / ___ / _____
 Jour Mois Année

Date de naissance ___ / _____
 Mois Année

Vous êtes : ₁. Un homme ₂. Une femme

Vous remplissez ce questionnaire : ₁. seul(e) ₂. Avec l'aide d'un proche

**Conformément aux dispositions de la loi 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que : l'équipe INSERM chargée de l'étude CRESPI est la seule destinataire des informations que vous lui transmettez ; celles-ci seront utilisées dans un but de santé publique, afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge de certaines pathologies ; sur votre demande, les informations générales vous concernant pourront vous être communiquées. Si vous constatez des erreurs, vous pouvez exiger qu'elles soient corrigées ; il est possible de cesser de participer à l'étude.*

VOTRE VIE QUOTIDIENNE

1. Vous vivez : ₁. En couple ₂. Seul
2. Vous habitez : ₁. Une maison individuelle ₂. Un appartement ₃. Autre Précisez
3. Avez-vous un animal de compagnie ? ₁. Oui ₀. Non

VOS FORMATION ET ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

1. Votre niveau d'études le plus élevé :
- ₁. Pas d'études ₂. Certificat à Brevet ₃. CAP – BEP ₄. Bac à Bac +2 ₅. Bac +3 à Bac +4 ₆. Bac +5 ou plus
2. Quelle est votre profession ?
- ₁. Soin des enfants ₂. Ménage (salarié de la crèche) ₃. Ménage (prestataire externe) ₄. Administratif

VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

1. Dans l'ensemble, vous pensez que votre santé est :
- ₁. Excellente ₂. Très bonne ₃. Bonne ₄. Médiocre ₅. Mauvaise
2. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ? ₁. Oui ₀. Non

ASTHME ET ALLERGIE DANS VOTRE FAMILLE



















1. Votre père, votre mère ou vos frères/sœurs ont-ils été soigné ou diagnostiqué par un médecin pour :
- | | Mère | Père | Frères/ sœurs |
|--|---|---|---|
| ➤ De l'asthme ? | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non |
| ➤ Une rhinite allergique ? | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non |
| ➤ Des allergies alimentaires ? | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non |
| ➤ De l'eczéma ? | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non |
| ➤ Aucun de ces 4 symptômes ou maladies | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non | <input type="checkbox"/> ₁ .oui <input type="checkbox"/> ₀ .non |

VOS MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES

1. Actuellement : Poids ___ ___ kg Taille ___ ___ cm Tour de taille (mesuré au nombril) ___ ___ cm

2. Avez-vous perdu, sans le vouloir, 3 kg ou plus dans les 6 derniers mois ? ₁. Oui ₀. Non

3. Indiquez la silhouette qui vous décrit le mieux, aux âges suivants :

	FEMMES									HOMMES									
																			
À l'âge de 10 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 35/40 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À l'âge de 50/55 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VOTRE CONSOMMATION DE TABAC ET CIGARETTE ELECTRONIQUE

1. Fumez-vous ou avez-vous fumé antérieurement une cigarette par jour ou plus ? ₁. Oui ₀. Non

↳ Si oui,

➤ A quel âge avez-vous commencé à fumer ? _____ ans

➤ Actuellement, combien fumez-vous de :

➤ Cigarettes par jour ? _____

➤ Cigares par semaine ? _____

➤ Cigarillos par semaine ? _____

➤ Tabac à pipe par semaine ? _____

➤ Avez-vous arrêté de fumer ? ₁. Oui ₀. Non

↳ Si oui,

➤ Depuis combien de temps avez-vous arrêté ? (si moins de 1 an indiquer 0) _____ ans

➤ Avant d'arrêter, combien fumiez-vous de cigarettes par jour ? _____

➤ Avez-vous arrêté de fumer à cause de vos bronches ? ₁. Oui ₀. Non

2. Au cours de votre vie avez-vous déjà utilisé la cigarette électronique ? ₁. Oui ₀. Non

↪ Si oui,

➤ A quel âge avez-vous commencé ? |__|__| ans

➤ Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques jetables ? ₁. Oui ₀. Non

↪ Si oui

➤ Indiquez combien de cigarettes par jour en moyenne : |__|__|

➤ Actuellement, utilisez-vous des cigarettes électroniques rechargeables? ₁. Oui ₀. Non

↪ Si oui

➤ Indiquez combien de millilitres en moyenne |__|__| ml

➤ Quel dosage en nicotine utilisez-vous en moyenne? (mg/ml)

₁. 0 (sans nicotine) ₂. Moins de 6 ₃. 6-12 ₄. 13 ou plus

VOTRE ACTIVITE PHYSIQUE

1. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques intenses comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ?

|__|__| jour(s) ₁. Je n'ai pas eu d'activité physique intense (*passez à la question 2*)

➤ Au total, combien de **temps** avez-vous passé à faire des activités intenses au cours des 7 derniers jours ?

|__|__| heure(s) |__|__| minutes ₁. Je ne sais pas

2. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez fait des activités physiques modérées comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volley-ball ? *Ne pas inclure la marche.*

|__|__| jour(s) ₁. Je n'ai pas eu d'activité physique modérée (*passez à la question 3*)

➤ Au total, combien de temps avez-vous passé à faire des activités modérées au cours des 7 derniers jours ?

|__|__| heure(s) |__|__| minutes ₁. Je ne sais pas

3. Au cours des 7 derniers jours, combien y a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez marché pendant au moins 10 minutes d'affilée ?

|__|__| jour(s) ₁. Je n'ai pas fait de marche (*passez à la question 4*)

➤ Au total, combien d'épisodes de marche d'au moins 10 minutes d'affilée, avez-vous effectués au cours des 7 derniers jours ?

|__|__| nombre d'épisodes de 10 minutes d'affilée ₁. Je ne sais pas

Exemples :

Lundi : 1 marche de 60 minutes 6 épisodes

Mardi : 1 marche de 20 minutes et 3 marches de 5 minutes 2 épisodes

Mercredi : 1 marche de 35 minutes 3 épisodes

Jeudi : 1 marche de 8 minutes 0 épisode

Vendredi : 1 marche de 6 minutes puis 3 marches de 4 minutes _ 0 épisode

Samedi : 1 marche de 18 minutes 1 épisode

Dimanche : 1 marche de 10 minutes et 3 marches de 5 minutes 1 épisode

Total 13 épisodes

4. Au cours des 7 derniers jours, pendant les jours de semaine, combien de temps, en moyenne, avez-vous passé assis ?

|__|__| heure(s) |__|__| minutes ₁. Je ne sais pas

SANTÉ RESPIRATOIRE

1. Dans l'ensemble, **depuis 10 ans**, pensez-vous que l'état de vos bronches et de votre respiration (en dehors de l'âge) :

- ₁. N'a pas changé ₂. S'est amélioré ₃. S'est détérioré

2. Avez-vous eu des sifflements dans la poitrine, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui** :

➤ Avez-vous été essoufflé(e), même légèrement, quand vous aviez ces sifflements ?

- ₁. Oui ₀. Non

➤ Avez-vous eu ces sifflements alors que vous n'étiez pas enrhumé(e) ?

- ₁. Oui ₀. Non

3. Vous êtes-vous réveillé(e) avec une sensation de gêne respiratoire, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁. Oui, une nuit ou plus/semaine ₂. Oui, moins d'une nuit par semaine ₀. Non

4. Avez-vous eu une crise d'essoufflement, **au repos**, pendant la journée, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁. Oui ₀. Non

5. Avez-vous eu une crise d'essoufflement **après un effort intense**, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₁. Oui ₀. Non

6. Avez-vous été réveillé(e) par une crise d'essoufflement, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₂. Oui, une nuit ou plus/semaine ₁. Oui, moins d'une nuit par semaine ₀. Non

7. Avez-vous été réveillé(e) par une quinte de toux, à un moment quelconque, au cours des **12 derniers mois** ?

- ₂. Oui, une nuit ou plus/semaine ₁. Oui, moins d'une nuit par semaine ₀. Non

8. Toussez-vous **habituellement** en vous levant, en hiver ?

- ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui**, toussiez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁. Oui ₀. Non

9. Toussez-vous **habituellement** pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

- ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui**, toussiez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁. Oui ₀. Non

10. Avez-vous **habituellement** des crachats provenant de la poitrine en vous levant, en hiver ?

- ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui**, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

- ₁. Oui ₀. Non

11. Avez-vous habituellement des crachats provenant de la poitrine pendant la journée ou la nuit, en hiver ?

₁. Oui ₀. Non

☛ **Si oui**, crachez-vous comme cela presque tous les jours pendant **trois mois de suite** chaque année ?

₁. Oui ₀. Non

12. Êtes-vous essoufflé(e) en marchant vite en terrain plat, ou en montant une côte légère à un pas normal ?

₁. Oui ₀. Non

☛ **Si oui**, êtes-vous essoufflé(e) quand vous marchez avec d'autres gens de votre âge en terrain plat ?

₁. Oui ₀. Non

☛ **Si oui**, vous arrive-t-il de vous arrêter pour reprendre haleine quand vous marchez à votre propre allure en terrain plat ?

₁. Oui ₀. Non

13. Avez-vous déjà eu des crises d'étouffement au repos avec des sifflements dans la poitrine ?

₁. Oui ₀. Non

14. Avez-vous déjà eu des crises d'asthme ?

₁. Oui ₀. Non

☛ **Si oui :**

➤ Ce diagnostic a-t-il été confirmé par un médecin ? ₁. Oui ₀. Non

➤ À quel âge avez-vous eu votre **première** crise d'asthme ? _____ ans

➤ À quel âge avez-vous eu votre **dernière** crise d'asthme ? _____ ans

➤ Avez-vous eu une crise d'asthme au cours des **12 derniers mois** ? ₁. Oui ₀. Non

➤ Avez-vous été traité(e) pour vos crises? (y compris produits inhalés, aérosols, comprimés, etc.) ₁. Oui ₀. Non

➤ Avez-vous été traité dans les 12 derniers mois ? ₁. Oui ₀. Non

☛ **Si vous avez répondu oui à au moins une des deux questions n° 13 ou 14, répondez à la question 15**

☛ **Si vous avez répondu non aux deux questions n° 13 et 14, passez directement à la question 20**

Veuillez répondre, s'il vous plaît, à toutes les questions en cochant la case qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces **4 dernières semaines** à cause de votre **asthme** :

15. Au cours des **4 dernières semaines**, votre **asthme** vous a-t-il gêné(e) dans vos activités, au travail, à l'école/université :

₁. Tout le temps ₂. La plupart du temps ₃. Quelquefois ₄. Rarement ₅. Jamais

16. Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous été essoufflé(e) ?

₁. Plus d'1 fois par jour ₂. 1 fois par jour ₃. 3 à 6 fois/ semaine ₄. 1 ou 2 fois/ semaine ₅. Jamais

17. Au cours des **4 dernières semaines**, les symptômes de l'**asthme** (sifflements dans la poitrine, toux, essoufflement, oppression ou douleur dans la poitrine) vous ont-ils réveillé(e) la nuit ou plus tôt que d'habitude le matin ?

₁. 4 nuits ou plus/ semaine ₂. 2 à 3 nuits/semaine ₃. 1 nuit/semaine ₄. 1 ou 2 fois en tout ₅. Jamais

18. Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous utilisé votre inhalateur de secours ou pris un traitement par nébulisation (par exemple Salbutamol, Terbutaline) ?

₁. 3 fois/jour ou plus ₂. 1 ou 2 fois/ jour ₃. 2 ou 3 fois/ semaine ₄. 1 fois/ semaine ₅. Jamais

19. Comment évalueriez-vous votre **asthme** au cours des **4 dernières semaines** ?

₁. Pas contrôlé du tout ₂. Très peu contrôlé ₃. Un peu contrôlé ₄. Bien contrôlé ₅. Totalement contrôlé

20. Avez-vous déjà eu des allergies nasales, y compris le rhume des foins ?

₁. Oui ₀. Non

21. Avez-vous déjà eu des problèmes d'éternuements, nez qui coule ou nez bouché quand vous n'étiez pas enrhumé(e) et n'aviez pas la grippe ?

₁. Oui ₀. Non

☞ **Si oui,**

➤ Avez-vous les yeux qui piquaient ou qui pleuraient quand vous aviez ces problèmes de nez ?

₁. Oui ₀. Non

➤ Avez-vous eu ces problèmes de nez dans les **12 derniers mois** ?

₁. Oui ₀. Non

22. Un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez une de ces formes de **bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)** ?

➤ Bronchite chronique

₁. Oui

₀. Non

➤ Emphysème

₁. Oui

₀. Non

➤ BPCO (forme non spécifiée)

₁. Oui

₀. Non

23. Avez-vous déjà eu des rougeurs ou des éruptions qui démangent, qui apparaissent et disparaissent, pendant au moins 6 mois ?

₁. Oui

₀. Non

☞ **Si oui,** avez-vous eu ces rougeurs qui démangent dans les 12 derniers mois ?

₁. Oui

₀. Non

☞ **Si oui,** est-ce que, à un moment quelconque, ces rougeurs se sont situées sur l'un des points suivants : aux plis des coudes, derrière les genoux, sur le devant des chevilles, sous les fesses, ou autour du cou, des oreilles ou des yeux ?

₁. Oui

₀. Non

24. Avez-vous déjà eu des plaques rouges qui grattent ou qui brûlent comme après une piqure d'ortie ?

₁. Oui

₀. Non

☞ **Si oui,** est-ce que ces plaques avaient tendance à se déplacer à différents endroits de votre corps ?

₁. Oui

₀. Non

25. Avez-vous déjà eu de l'eczéma ?

₁. Oui

₀. Non

☞ **Si oui,**

➤ A quel âge pour la première fois ?

₁. Oui

₀. Non

➤ En avez-vous eu dans les 12 derniers mois ?

₁. Oui

₀. Non

26. Avez-vous déjà eu les symptômes suivants sur les mains ou sur les doigts durant les 12 derniers mois ?

➤ mains ou doigts rouges et enflés ?

₁. Oui

₀. Non

➤ mains ou doigts écailleux ?

₁. Oui

₀. Non

➤ mains ou doigts qui démangent ?

₁. Oui

₀. Non

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| ➤ mains ou doigts fissurés? | <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 0. Non |
| ➤ Vésicules sur mes mains ou entre les doigts? | <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 0. Non |
| ➤ Bosses rouges sur les doigts ou les mains? | <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 0. Non |
| ➤ Avez-vous eu un ou plusieurs de ces symptômes durant plus de trois semaines ? | <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 0. Non |
| ➤ Avez-vous eu un ou plusieurs de ces symptômes survenant plus d'une fois au cours des 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> 1. Oui | <input type="checkbox"/> 0. Non |

A DOMICILE

1. Vous faites-vous aider pour faire le ménage à votre domicile?

(par exemple par votre conjoint(e), un(e) aide/employé(e) à domicile, des membres de la famille, amis, etc). ?

1. Oui

0. Non

Pour les questions suivantes, merci de nous décrire les activités de ménage que vous effectuez personnellement dans votre logement

2. Dans les 12 derniers mois, **combien de jours par semaine avez-vous effectué personnellement le ménage à votre domicile ?**

Jamais

1.

<1 j/semaine

2.

1-3 j/semaine

3.

4-7 j/semaine

4.

3. Combien de jours par semaine avez-vous personnellement accompli les opérations de nettoyage suivantes (dans les **12 derniers mois**) ?

Nombre de jours par semaine en moyenne

a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur ou battre les tapis

Jamais

1.

<1 j /sem

2.

1-3 j /sem

3.

4-7 j /sem

4.

b) Passer la serpillière ou lessiver

1.

2.

3.

4.

c) Nettoyer la cuvette des toilettes

1.

2.

3.

4.

d) Nettoyer la douche ou la salle de bain

1.

2.

3.

4.

e) Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue

1.

2.

3.

4.

f) Lustrer, cirer le parquet ou les meubles

1.

2.

3.

4.

g) Nettoyer les vitres ou les miroirs

1.

2.

3.

4.

4. Utilisez-vous personnellement des produits de nettoyage « faits maison » à votre domicile?

1. Oui

0. Non

↳ **Si oui :**

➤ Quels types de produits utilisez-vous?

1. Bicarbonate de soude

1. Vinaigre blanc

1. Savon

1. Autres , Précisez :

➤ A quelle fréquence utilisez-vous ces produits ?

1. Moins d'un jour par semaine

2. Entre 1 et 3 jours par semaine

3. Entre 4 et 7 jours par semaine

5. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les **produits de nettoyage** suivants (dans les **12 derniers mois**) ?

Nombre de jours par semaine en moyenne

a) Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir

Jamais

1.

<1 j /sem

2.

1-3 j /sem

3.

4-7 j /sem

4.

b) Ammoniac

1.

2.

3.

4.

c) Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler ...)

1.

2.

3.

4.

d) Acides dont produits pour enlever le tartre, vinaigre, acide chlorhydrique ...

1.

2.

3.

4.

e) Détachants et autres solvants

1.

2.

3.

4.

f) Cires liquides ou solides et produits pour lustrer (sol, meubles)

1.

2.

3.

4.

g) Autres nettoyants liquides, sauf produit vaisselle et lessive

1.

2.

3.

4.

h) Lingettes nettoyantes ou désinfectantes

1.

2.

3.

4.

i) Produits de nettoyage parfumés

1.

2.

3.

4.

j) Produits d'entretien 'Bio' ou 'Vert'

1.

2.

3.

4.

6. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé personnellement les **produits sous forme de spray, atomiseur ou aérosol** suivants (**12 derniers mois**) ?

Nombre de jours par semaine en moyenne

	1.	2.	3.	4.
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les meubles, tables ou plans de travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les vitres ou miroirs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour la douche, baignoire ou lavabos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour laver le sol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour dégraisser ou nettoyer le four | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour le repassage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour rafraichir l'air, anti-mauvaises odeurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Sprays, atomiseurs ou aérosols insecticide, pesticide ou acaricide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) 'Autres' pour plaque de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les tâches ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Combien de **temps au total par semaine** utilisez-vous ces produits sous forme liquide, mousse, poudre, lingette, spray?

1. jamais ou <1 fois/sem. 2. <10 minutes/sem. 3. 10-30 mn./sem. 4. 30 mn. à 1 heure/sem. 5. 1 à 2 h/sem. 6. > 2 h/sem.

8. Combien de jours par semaine des **produits parfumés ou senteurs** sont utilisés dans votre logement par vous ou une autre personne (**12 derniers mois**) ?

Nombre de jours par semaine en moyenne

	1.	2.	3.	4.
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Parfums d'ambiance, senteurs liquides ou solides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Bougies parfumées, encens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Rafraichisseurs d'air électrique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Rafraichisseur d'air, produit anti-mauvaises odeurs en spray ou aérosol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTOIRE PROFESSIONNELLE

1. En quelle année avez-vous commencé à travailler ? _ _ _ _ _
2. Avez-vous déjà été professionnellement exposé(e) durant votre carrière à des poussières, fumées, gaz ou vapeurs chimiques? ₁. Oui ₂. Non
3. Depuis quelle année, travaillez-vous dans cette crèche ? _ _ _ _ _
4. A quelle fréquence travaillez-vous dans cette crèche ? ₁. Temps plein ₂. Temps partiel
5. Dans quelle section travaillez-vous dans cette crèche ? ₁. Bébé ₂. Moyen ₃. Grand ₄. Sections regroupées ou toutes les sections
6. Décrivez avec le plus de précision possible, comme pour l'exemple ci-dessous, les 5 derniers métiers /stages que vous avez exercés **au moins 6 mois, en commençant par le métier que vous exercez actuellement dans cette crèche.**

<i>Exemple</i>	<i>Année début : 2000</i>	<i>Année fin: 2002</i>
<i>Quel est (était) votre métier ? Auxiliaire de puériculture</i>	<i>Dans quel secteur d'activité étiez-vous ? (Que faisait votre entreprise ou quel service fournissait-elle) ? Crèche collective de la ville de Paris</i>	
<i>Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ? Faire la toilette, donner à manger et jouer avec des enfants en bas-âge.</i>		

7. Métier actuel (numéro 1)	Année de début:	_ _ _ _ _	OU Âge de début:	_ _
Quel est votre métier ?	Dans quel secteur d'activité êtes-vous ?			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?				

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers (numéro 1 et 2), notez la raison:

8. Métier précédent (numéro 2)	Année de début:	_ _ _ _ _	Année de fin:	_ _ _ _ _
	OU Âge de début:	_ _	Âge de fin :	_ _
Quel était votre métier ?	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?				

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers (numéro 2 et 3), notez la raison:

9. Métier précédent (numéro 3)	Année de début:	__ __ __ __	Année de fin:	__ __ __ __
	<u>OU</u> Âge de début:	__ __	Âge de fin :	__ __
Quel était votre métier ?	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?				

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers (numéro 3 et 4), notez la raison :

10. Métier précédent (4)	Année de début:	__ __ __ __	Année de fin:	__ __ __ __
	<u>OU</u> Âge de début:	__ __	Âge de fin :	__ __
Quel est (était) votre métier ?	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?				

S'il y a un délai de plus d'un an entre ces 2 métiers (numéro 4 et 5), notez la raison :

11. Métier précédent (numéro 5)	Année de début:		Année de fin:	
	<u>OU</u> Âge de début:	__ __	Âge de fin :	__ __
Quel est (était) votre métier ?	Dans quel secteur d'activité étiez-vous ?			
Pouvez-vous décrire les tâches effectuées habituellement durant ce travail ?				

12. Avez-vous eu à un moment quelconque de votre vie **un grave incident d'inhalation** de poussières, fumées, gaz ou vapeurs chimiques ? ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui**

➤ Était-ce lié à votre travail ? ₁. Oui ₀. Non

➤ Avez-vous été mis(e) en arrêt de travail ? ₁. Oui ₀. Non

➤ Avez-vous été hospitalisé(e) ? ₁. Oui ₀. Non

➤ A quelle année remonte cet accident ? _____

➤ Quels produits et dans quelles circonstances ?
.....
.....
.....

➤ Avez-vous eu une maladie professionnelle pulmonaire ? ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui**

➤ Laquelle ?
.....
.....

➤ A-t-elle été déclarée ? ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui**

➤ En quelle année ? _____

13. Travaillez-vous ou avez-vous travaillé en tant que personnel de ménage ou de nettoyage ? (quel que soit le lieu) ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui, continuez page 14 et complétez le questionnaire « Travail de ménage et de nettoyage »**

14. Avez-vous travaillé comme auxiliaire de puériculture, infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire ? ₁. Oui ₀. Non

↳ **Si oui, continuez page 17 et complétez le questionnaire « Infirmier (ière), personnel de santé ou de laboratoire »**

SI NON à Q13 et Q14 - FIN DU QUESTIONNAIRE

Nous vous remercions de votre participation.

TRAVAIL DE MÉNAGE ET DE NETTOYAGE

Numéro du métier :

Rappeler ici : **précédemment noté de 1 à 5** _____

Année début : _____

Année fin : _____

1. Où avez-vous fait du nettoyage/ménage ? Indiquer le lieu <u>principal</u>	Oui	Non
a) Crèches	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
b) Logements privés	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
c) Écoles	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
d) Bureaux	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
e) Hôpitaux, pharmacies	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
f) Boutiques	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
g) Cafés, restaurants	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
h) Cuisines	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
i) Usines, lieux de production	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
j) Extérieur	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
k) Animalerie	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
l) Abattoir, alimentation industrielle, boucherie	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
m) Porcherie, poulailler	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}
n) Autres (<i>piscines, ...</i>), précisez :	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}

2. Combien de jours par semaine avez-vous accompli les opérations de nettoyage suivantes au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j	1-3 j	4-7j
a) Dépoussiérer, balayer, passer l'aspirateur, battre des tapis	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
b) Passer la serpillière ou lessiver	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
c) Nettoyer la cuvette des toilettes	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
d) Lustrer, cirer parquet/meubles, shampooiner tapis/moquette	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
e) Nettoyer les vitres ou les miroirs	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
f) Nettoyer la cuisine, vaisselle exclue	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
i) Faire du nettoyage industriel (<i>entretien régulier, nettoyage de machines</i>)	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}

3. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage suivants au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
a) Eau de javel, chlore ou produit pour blanchir	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
b) Ammoniac	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
c) Alcool (éthanol, méthanol, alcool ménager, alcool à brûler ...)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
d) Acides dont produits pour enlever le tartre (vinaigre, acide chlorhydrique)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
e) Détachants et autres solvants	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
f) Cires liquides ou solides et produits pour lustrer (sol, meubles)	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
g) Autres nettoyants liquides, sauf produit vaisselle et lessive	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
h) Lingettes nettoyantes ou désinfectantes	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
i) Produits de nettoyage parfumés	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
j) Produits d'entretien 'Bio' ou 'Vert'	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.

4. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les sprays suivants au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les meubles, tables ou plans de travail	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
b) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour les vitres ou miroirs	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
c) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour la douche, baignoire ou lavabos	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
d) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour laver le sol	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
e) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour dégraisser ou nettoyer le four	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
f) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour le repassage	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
g) Sprays, atomiseurs ou aérosols pour rafraîchir l'air, anti-mauvaises odeurs	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
h) Sprays, atomiseurs ou aérosols insecticide, pesticide ou acaricide	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
i) 'Autres' pour plaque de cuisson, écran, tapis, rideaux, enlever les tâches	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.

5. Combien de jours par semaine avez-vous exercé les tâches professionnelles suivantes en utilisant des désinfectants ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Préparation/mélange de désinfectants	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
b) Remplissage d'appareils avant l'utilisation	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
c) Désinfection proprement dite	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.
d) Nettoyage d'instruments /équipements après utilisation	<input type="checkbox"/> 1.	<input type="checkbox"/> 2.	<input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 4.

6. Combien de jours par semaine avez-vous désinfecté les lieux ou les équipements suivants au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Sanitaires (<i>toilettes, salle de bain, ...</i>)	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
b) Cuisines	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
c) Instruments médicaux ou équipement de laboratoire	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
g) Étables, écuries, serres ou cages pour animaux	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
j) Abattoirs ou boucheries	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
l) Autres boutiques d'alimentation	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
m) Magasins	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
n) Autres lieux, précisez :	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}

7. Les jours où vous utilisez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisez-vous en moyenne ? _{1.} <1 heure/ jour _{2.} 1-4 heures /jour _{3.} >4 heures / jour
8. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ? _{1.} Jamais _{2.} <1 j /sem _{3.} 1-3 j /sem _{4.} 4-7 j/sem
9. Vous est-il arrivé de devoir nettoyer après un déversement accidentel de produits chimiques ? _{1.} Oui _{0.} Non
10. Avez-vous travaillé en tant que personnel de ménage ou de nettoyage pendant une autre période ? _{1.} Oui _{0.} Non

↩ **Si oui, avec des tâches différentes, complétez l'annexe « Travail de ménage/nettoyage », à disposition dans le courrier (si besoin d'un second exemplaire, merci de demander à la crèche).**

↩ **Si oui, avec des tâches similaires,**

11. : Indiquez le(s) numéro(s) correspondant(s) de métier(s) :

SI NON à Q10 - et que vous n'avez pas travaillé comme auxiliaire de puériculture, infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire - FIN DU QUESTIONNAIRE.

Nous vous remercions de votre participation.

INFIRMIER(IÈRE), PERSONNEL DE SANTÉ OU PERSONNEL DE LABORATOIRE

Numéro du métier
précédemment noté de 1 à 5 —

Rappeler ici :

Année début : _____ Année fin : _____

1. Quel était votre travail ? <i>Identifiez le travail principal</i>	Oui	Non			
a) Infirmier(ère) chez un généraliste	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
b) Infirmier(ère) dans un hôpital	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
c) Aide-soignant(e) dans un hôpital	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
d) Assistant(e) anesthésiste	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
e) Technicien(ne) dans un hôpital	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
f) Personnel soignant au domicile des malades	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
g) Personnel soignant en maison de retraite ou chez des personnes âgées	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
h) Sage-femme	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
i) Puéricultrice	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
j) Auxiliaire de puériculture	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
i) Infirmier(ère) de maternité	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
j) Assistant(e) de dentiste	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
k) Médecin	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
l) Chirurgien	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{0.}			
m) Autre, précisez :					
2. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé :	Nombre de jours par semaine				
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem	<1 j /sem
➤ Des gants en latex poudrés?	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}	<input type="checkbox"/> _{5.}
➤ Des gants en latex non poudrés?	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}	<input type="checkbox"/> _{5.}
3. Combien de paires de gants utilisés-vous par jour ?	Nombre de paires de gants utilisées par jour				
	Aucune	1-2	3-5	6-10	> 10
➤ Paires de gants de latex <u>poudrés</u> utilisé par jour ?	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}	<input type="checkbox"/> _{5.}
➤ Paires de gants de latex <u>non poudrés</u> utilisé par jour ?	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}	<input type="checkbox"/> _{5.}

4. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les produits de nettoyage et de désinfection suivants au travail ?

	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Poudre à laver, à récurer	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
b) Tous nettoyeurs liquides, sauf produit vaisselle et lessive	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
c) Produits pour blanchir, javel	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
d) Ammoniac	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
e) Solvants, détachants	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
f) Produits de nettoyage <u>en sprays</u>	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
g) Formaldéhyde	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
h) Glutaraldéhyde	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
i) Eau de javel, chlore	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
j) Ortho-phthalaldéhyde	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
k) Chloramine-T	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
l) Alcool (<i>éthanol, méthanol</i>)	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
m) Composés d'ammonium quaternaire (quats)	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
n) Oxyde d'éthylène	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
o) Acide acétique	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
p) Acide peracétique	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
q) Peroxyde d'hydrogène	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
Si vous ne connaissez pas le(s) produit(s) actif(s) :				
j) Donnez la/les marque(s) (inscrire ci-dessous)				
.....	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
.....	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
k) Autre produit de nettoyage ou de désinfection ; ne sait pas le nom	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}

5. Combien de jours par semaine avez-vous désinfecté les lieux ou les équipements suivants au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Sanitaires (<i>toilettes, salle de bain, ...</i>)	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
b) Cuisines	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
c) Instruments médicaux	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
d) Équipement de laboratoire	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
e) Bloc opératoire	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
f) Autres lieux, précisez :	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}

6. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé les méthodes de désinfection suivantes au travail ?	Nombre de jours par semaine			
	Jamais	<1 j /sem	1-3 j /sem	4-7 j /sem
a) Utiliser des sprays	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
b) Utiliser des lingettes	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
c) Rincer à la main	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
d) Laver à la machine	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
e) Nettoyer des surfaces avec une éponge ou un torchon	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
f) Laver à la serpillière ou frotter le sol	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}
g) Autre méthode, précisez :	<input type="checkbox"/> _{1.}	<input type="checkbox"/> _{2.}	<input type="checkbox"/> _{3.}	<input type="checkbox"/> _{4.}

7. Les jours où vous utilisez des désinfectants, pendant combien d'heures les utilisez-vous en moyenne au travail ? _{1.} _{2.} _{3.}
 <1 heure par jour 1–4 heures par jour >4 heures par jour
8. Combien de jours par semaine avez-vous utilisé un masque ou une autre protection respiratoire pendant le travail ? _{1.} _{2.} _{3.} _{4.}
 Jamais <1 jour/sem 1–3 jour/sem 4–7 jours/sem
9. Vous est-il arrivé de devoir nettoyer après un déversement accidentel de produits chimiques ? _{1.} Oui _{0.} Non
10. Avez-vous travaillé comme auxiliaire de puériculture, infirmier(ère), médecin ou autre personnel soignant, ou comme personnel de laboratoire pendant une autre période? _{1.} Oui _{0.} Non

↪ Si oui, avec des tâches différentes, complétez l'annexe « Infirmier (ière), personnel de santé ou personnel de laboratoire », à disposition dans le courrier (si besoin d'un second exemplaire, merci de demander à la crèche)

↪ Si oui, avec des tâches similaires:

11. Indiquez le(s) numéro(s) correspondant(s) de métier(s) :

SI NON à Q10 - FIN DU QUESTIONNAIRE.

Nous vous remercions de votre participation.