



DÉPISTAGE MASSIF DE L'UNITÉ MOBILE : QUESTIONNAIRES & ORIENTATION

AUTO-QUESTIONNAIRE DÉPISTAGE BPCO

La BPCO ou Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive est une maladie pulmonaire chronique, fréquente mais que les personnes ignorent souvent.

Ce questionnaire est un bon indicateur pour dépister cette maladie.

Utiliser
le formulaire

ou

Scanner le QR code
pour le remplir en ligne



1) La personne concernée tousse tous les jours ?

OUI

NON

2) La toux est elle grasse et / ou glaireuse (qui ramène des crachats) ?

OUI

NON

3) La personne concernée à plus de 40 ans

OUI

NON

4) La personne concernée est plus facilement essoufflée que les personnes de son âge ?

OUI

NON

5) La personne concernée fume ou a déjà fumé ?

OUI

NON

6) La personne concernée a été exposée de manière prolongée ou répétée à des gaz, poussières, fumées, vapeurs dans le cadre de son travail ?

OUI

NON

RÉSULTATS :

Deux réponses « oui »
peuvent déjà constituer un signal d'alarme.

Trois réponses « oui »,
le médecin généraliste peut proposer :

- de mesurer le souffle à l'aide d'un spiromètre,
- d'orienter vers un pneumologue.

**Après avoir répondu
au questionnaire, renseigner
la fiche d'adressage au MT
et la feuille d'émargement.**



TEST DE FAGERSTRÖM : ÉVALUATION DE LA DÉPENDANCE À LA NICOTINE

La dépendance à la nicotine est un facteur aggravant le risque de développer une BPCO. Il est important de connaître son niveau de dépendance pour envisager un sevrage adapté.

Utiliser
le formulaire

ou

Scanner le QR code
pour le remplir en ligne



1) Le matin, combien de temps après le réveil, fumez-vous votre première cigarette ?

Dans les 5 premières minutes	3 points
6 à 30 minutes	2 points
31 à 60 minutes	1 point
Plus de 60 minutes	0 point

2) Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit (cinémas, bibliothèques...) ?

OUI	1 point
NON	0 point

3) A quelle cigarette renonceriez vous le plus difficilement ?

La première de la journée	1 point
Une autre	0 point

4) Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?

Plus de 30	3 points
De 21 à 30	2 points
De 11 à 20	1 point
10 ou moins	0 point

5) Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?

OUI	1 point
NON	0 point

6) Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque la journée ?

OUI	1 point
NON	0 point

- RESULTATS :
- De 0 à 2 points : pas de dépendance
- De 3 à 4 points : dépendance faible
- De 5 à 6 points : dépendance moyenne
- De 7 à 8 points : dépendance forte

Après avoir répondu au questionnaire, renseigner la fiche d'adressage au MT et la feuille d'émargement.



FEUILLE D'ÉMARGEMENT

Initiales	Age	Sexe H/F	Arr. 13001 13002 13003	Test BPCO positif OUI / NON	Test dépendance nicotine positif OUI / NON	Orientation MT OUI / NON	Orientation Spécialiste OUI / NON



FICHE D'ADRESSAGE À DESTINATION DU MÉDECIN TRAITANT : REPÉRAGE PRÉCOCE DE LA BPCO



Médecin traitant : OUI NON
Maladie respiratoire connue ? OUI NON
Test HAS - BPCO : Min 3 réponses affirmatives sur 6 : OUI NON
Test de Frageström : Score de 7 min : OUI NON
Nom : _____ Prénom : _____ Date : ____ / ____ / ____
Valeur saturomètre : _____ % Valeur spiromètre : OUI NON
Résultat du test à l'effort : _____
Dépistage réalisé par : _____ Lieu : _____

FICHE D'ADRESSAGE À DESTINATION DU MÉDECIN TRAITANT : REPÉRAGE PRÉCOCE DE LA BPCO



Médecin traitant : OUI NON
Maladie respiratoire connue ? OUI NON
Test HAS - BPCO : Min 3 réponses affirmatives sur 6 : OUI NON
Test de Frageström : Score de 7 min : OUI NON
Nom : _____ Prénom : _____ Date : ____ / ____ / ____
Valeur saturomètre : _____ % Valeur spiromètre : OUI NON
Résultat du test à l'effort : _____
Dépistage réalisé par : _____ Lieu : _____

FICHE D'ADRESSAGE À DESTINATION DU MÉDECIN TRAITANT : REPÉRAGE PRÉCOCE DE LA BPCO



Médecin traitant : OUI NON
Maladie respiratoire connue ? OUI NON
Test HAS - BPCO : Min 3 réponses affirmatives sur 6 : OUI NON
Test de Frageström : Score de 7 min : OUI NON
Nom : _____ Prénom : _____ Date : ____ / ____ / ____
Valeur saturomètre : _____ % Valeur spiromètre : OUI NON
Résultat du test à l'effort : _____
Dépistage réalisé par : _____ Lieu : _____