



Questionnaire Patient – Qualité de l'air intérieur

Merci de répondre à ces questions pour mieux comprendre la qualité de l'air dans votre logement. Cochez ou complétez les réponses selon votre situation.

1. Tabac / Vapotage

Quelqu'un fume-t-il dans votre logement ? ☐ Oui ☐ Non

Quelqu'un fume-t-il à la fenêtre ou sur le balcon ? ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous une cigarette électronique ? ☐ Oui ☐ Non

2. Aération / Ventilation

Aérez-vous les pièces chaque jour ? ☐ Oui ☐ Non

Les bouches d'aération sont-elles propres ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Non concerné

Utilisez-vous un climatiseur ? ☐ Oui ☐ Non

Sentez-vous l'air trop sec ? ☐ Oui ☐ Non

3. Humidité

Y a-t-il de la buée fréquente sur les vitres ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous remarqué des moisissures ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu un dégât des eaux récemment ? ☐ Oui ☐ Non

4. Animaux

Avez-vous un ou plusieurs animaux ? ☐ Oui ☐ Non

Dorment-ils dans la chambre ? ☐ Oui ☐ Non

5. Chauffage

Quel type de chauffage utilisez-vous ? _____

Faites-vous entretenir le chauffage régulièrement ? ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous un chauffage d'appoint (pétrole, gaz) ? ☐ Oui ☐ Non

6. Ménage / Produits d'entretien

Faites-vous le ménage régulièrement ? ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous plusieurs produits ménagers ? ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous de l'eau de javel ou des produits parfumés ? ☐ Oui ☐ Non

7. Parfums d'ambiance / Bougies

Utilisez-vous des parfums d'intérieur, bougies ou encens ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à quelle fréquence ? _____

8. Cosmétiques

Utilisez-vous des sprays ou aérosols (laques, parfums) ? ☐ Oui ☐ Non

Aérez-vous après usage ? ☐ Oui ☐ Non

9. Plantes d'intérieur

Avez-vous des plantes à l'intérieur ? ☐ Oui ☐ Non

Combien environ ? _____

Sont-elles dans la chambre ? ☐ Oui ☐ Non

10. Travaux / Bricolage

Avez-vous fait des travaux récents ? ☐ Oui ☐ Non

Utilisez-vous régulièrement colles, peintures ou solvants ? ☐ Oui ☐ Non

Portez-vous un masque quand vous bricolez ? ☐ Oui ☐ Non