

## DE QUOI S'AGIT-IL?

Il s'agit d'un questionnaire qui permet d'évaluer le degré de contrôle de l'asthme et de la rhinite allergique.

L'asthme et la rhinite allergique sont souvent présents chez une même personne. C'est pour cette raison que l'initiative ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) émanant de l'Organisation Mondiale de la Santé recommande de contrôler nécessairement la rhinite pour atteindre le contrôle de l'asthme. L'absence d'outil permettant d'évaluer simultanément le degré de contrôle de ces deux affections a conduit au développement du questionnaire CARAT.

## COMMENT L'INTERPRÉTER?

- **Score total** – Un score total aux 10 questions > 24 indique un bon contrôle global
- **Sous-scores** indicatifs d'un bon contrôle:
  - Score des questions 1 à 4 > 8
  - Score des questions 5 à 10  $\geq$  16

## UTILISATION

L'utilisation des résultats à ce questionnaire dans le cadre de décisions médicales est sous l'entière responsabilité du décideur.

CARAT est libre d'utilisation et libre de droits pour toute utilisation à des fins non commerciales/marketing. Son utilisation dans toute initiative visant à collecter les données de différentes personnes doit obligatoirement être communiquée aux auteurs. Toute modification (format, contenu ou support) est prohibée sous réserve d'accord écrit préalable des auteurs.

Pour plus d'information:

[www.caratnetwork.org](http://www.caratnetwork.org)

carat@med.up.pt



CONTROL OF  
ALLERGIC RHINITIS AND  
ASTHMA TEST

DATE: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ NOM: \_\_\_\_\_

À cause de vos maladies respiratoires allergiques (asthme/rhinite/allergie)  
Au cours des dernières 4 semaines, en moyenne, combien de fois avez-vous eu:

	Cochez s'il vous plaît (☒).				
	Jamais	1 ou 2 jours par semaine	Plus de 2 jours par semaine	Presque tous les jours ou tous les jours	
1. Nez bouché?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	..... sur 12
2. Éternuements?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
3. Démangeaisons nasales?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
4. Écoulement nasal?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
5. Essoufflement/dyspnée?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
6. Sifflements dans la poitrine?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
7. Oppression dans la poitrine lors d'un effort physique?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
8. Fatigue / difficultés dans vos activités ou tâches quotidiennes?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
9. Réveils nocturnes?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	

Au cours des dernières 4 semaines, à cause de vos maladies respiratoires allergiques (asthme/rhinite/allergie), combien de fois avez-vous dû :

	Je ne prends pas de médicaments	Jamais	Moins de 7 jours	7 jours ou plus	
10. Augmenter l'utilisation de vos médicaments?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	..... sur 18

(somme des 10 questions ; pire 0 ; meilleur 30) **Total** ..... sur 30