**Name** / Nom:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Section A – Information sur l'Eczéma /** Eczema Information | | | | | | | | |
| **1** | **Avez-vous déjà été diagnostiqué avec la dermatite atopique (Eczéma)?**  Have you ever been diagnosed with Atopic Dermatitis (Eczema)? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 2** // skip to 2)   **Ne sait pas**//Don’t know (**allez à 2** // skip to 2) | | | | |
| **1.1** | **SI OUI  Aviez-vous de l’eczéma quand vous étiez enfant?**  **IF YES**  Did you have Eczema when you were a child? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 2** // skip to 2)   **Ne sait pas**//Don’t know (**allez à 2** // skip to 2) | | | | |
| **1.1.1** | **SI OUI**  Vers quel âge avez-vous commencé à avoir de l’eczéma?  **IF YES**  Approximately what age did you start having Eczema? | | | ** < 2**  ** 2-10**  ** 11-20**  ** 21-50**  ** > 50** | | | | |
| **2** | **Où avez-vous actuellement l’eczéma? Veuillez remplir les zones sur la carte du corps.**  Where do you currently have Eczema?  Please fill in the areas on the body map. | | | | | | | |
| **Droite**  Right  **Droite**  Right | | | | | | | | |
| **3** | **Avez-vous eu des semaines au cours de la dernière année où votre peau n’était pas affectée du tout par l’eczéma?**  Have you had weeks in the past year when your skin was not active with Eczema at all, not anywhere? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **4** | **Votre eczéma s’aggrave-t-il au soleil (pas avec la chaleur ou la sueur, mais spécifiquement l’exposition au soleil)?**  Does your eczema get worse in the sun (not with heat or sweat, but specifically exposure to sun)? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **5** | **Avez-vous participé à un essai clinique évaluant un agent expérimental pour la dermatite atopique (topique ou systémique) dans les 3 derniers mois**  Have you participated in a clinical trial assessing an investigational agent for atopic dermatitis (topical or systemic) within the past 3 months | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **6** | **Quels traitements utilisez-vous pour votre ECZÉMA**?  What treatments are you using for your ECZEMA? | | | | | | | |
| **Médicaments**  Traitements | | | | **Utilisé dans les 30 derniers jours**  Used in the past 30 days | **Essayé dans le passé**  Tried in the past | | **Jamais utilisé**  Never used | |
| **Antihistaminiques non somnolents**  Non-drowsy Antihistamines  **(ex : *Reactine, Claritin, Aerius, etc)*** | | | | □ | □ | | □ | |
| **Antihistaminiques traditionnels (Avec somnolence)**  Traditional antihistamines (side effect drowsiness)  ***(ex :* *Benadryl, Atarax)*** | | | | □ | □ | | □ | |
| **Crèmes stéroïdes autres que l’hydrocortisone 0,5 ou 1%**  Topical Corticosteroid Creams  ***(ex : Aristocort-R, triamcinolone ou Betaderm, betamethasone, Dermovate, Clobetasol proprionate)*** | | | | □ | □ | | □ | |
| **Inhibiteurs de la calcineurine topique**  Topical Calcineurine inhibitors  ***(ex : Protopic or Elidel)*** | | | | □ | □ | | □ | |
| **Antibiotiques oraux (pillules/comprimés)**  Oral antibiotics (pills) | | | | □ | □ | | □ | |
| **Prednisone orale ou injections de stéroïdes**  Oral prednisone or steroid injections | | | | □ | □ | | □ | |
| **Photothérapie**  Phototherapy | | | | □ | □ | | □ | |
| **Agent immuno-modulateur non-spécifique**  Non-specific immuno-modulating agent  **(ex : methotrexate, Cellcept, cyclosporine)** | | | | □ | □ | | □ | |
| **Agent immuno-modulateur specifique**  Specific immuno-modulating agent  **(ex : RinvoQ/upadacitinib, Cibinqo/abrocitinib)** | | | | □ | □ | | □ | |
| **Agent biologique**  Biologic agent  **(ex : Dupixent/dupilumab, Adtralza/tralokinumab)** | | | | □ | □ | | □ | |
| **Section B – Comorbidités associées à l'eczéma /** Comorbidities associated with Eczema | | | | | | | | |
| **7** | **Avez-vous déjà été diagnostiqué avec l’asthme?**  Have you ever been diagnosed with asthma? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 8** // skip to 8)   **Ne sait pas** // Don’t know (**allez à 8** // skip to 8) | | | | |
| **7.1** | **SI OUI**  **Prenez-vous des médicaments pour votre asthme?**  **IF YES**  Do you take medication for your asthma? | | |  **Non** **//** No   **Oui** // Yes   **Seulement au besoin**  // Only when needed | | | | |
| **8** | **Avez-vous déjà été diagnostiqué avec le rhume des foins (allergies saisonnières)?**  Have you ever been diagnosed with hay fever or seasonal allergies? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No   **Ne sait pas**  // Don’t know | | | | |
| **9** | **Avez-vous des problèmes diagnostiqués avec votre système immunitaire?**  Are you aware of having any diagnosed problems with your immune system? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 10** // skip to 10) | | | | |
| **9.1** | **SI OUI**  **S’il vous plaît spécifier**  **IF YES**  Please Specify |  | | | | | | |
| **10** | **Avez-vous déjà eu des patch tests pour les allergies cutanées (avec des patchs/timbres collés sur le dos, et des visites répétées dans une semaine)?**  Have you ever had *patch* testing for skin allergies (with stamp-like *patches* stuck on your back and repeated visits within a week)? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 11** // skip to 11)  **J’ai reçu le test, mais aucune allergie n’a été détectée** // I took the test, but no allergies were detected (**allez à 11** // skip to 11) | | | | |
| **10.1** | **SI OUI**  **Savez-vous quels produits chimiques éviter?**  **IF YES**  Do you know what chemicals or products to avoid? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 11** // skip to 11) | | | | |
| **10.1.1** | **SI OUI**  **Veuillez spécifier**  **IF YES**  Please specify |  | | | | | | |
| **11** | **Avez-vous déjà eu des tests par piqûre sur la peau pour les allergies alimentaires et environnementales (avec des piqûres à l’avant-bras, pas de visites répétées)?**  Have you ever had skin prick testing for food and environmental allergies (with pricks to your forearm, no repeated visits)? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 12** // skip to 10)  **J’ai reçu le test, mais aucune allergie n’a été détectée** // I took the test, but no allergies were detected (**allez à 12** // skip to 10) | | | | |
| **11.1** | **SI OUI**  **Savez-vous à quoi vous êtes allergique?**  **IF YES**  Do you know what you are allergic to? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 12** // skip to 10) | | | | |
| **11.1.1** | **SI OUI**  **Veuillez spécifier**  **IF YES**  Please specify |  | | | | | | |
| **12** | **Êtes-vous connu pour des allergies à la poussière?**  Are you known to be allergic to dust? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 13** // skip to 13) | | | | |
| **12.1** | **SI OUI**  Faites-vous le suivi d’un ou de plusieurs des facteurs suivants à la maison?  **IF YES**  Which of the following do you follow at home? | | | ** Housse de protection contre la poussière (oreiller)** // Dust covers (pillow)  ** Housse de protection contre la poussière (draps)** // Dust covers (sheets)  ** Laver les draps dans l’eau chaude et les passer à la sécheuse à haute température chaque semaine** // Washing sheets in hot water and hot dryer every week  ** Minimiser l’accumulation de poussière dans la chambre à coucher** // Minimizing dust-collection in the bedroom  ** Autres** // Other | | | | |
| **12.1.1** | **SI AUTRE** **Veuillez spécifier**  **IF OTHER**  Please specify |  | | | | | | |
| **13** | **Avez-vous des allergies aux animaux?**  Are you allergic to animals? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **14** | **Vivez-vous avec des animaux à la maison?**  Do you live with animals at home? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 15** // skip to 15) | | | | |
| **14.1** | **SI OUI**  **Vivez-vous avec plus d’un animal?**  **IF YES**  Do you live with more than 1 animal? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 15** // skip to 15) | | | | |
| **14.1.1** | **SI OUI**  **S’il vous plaît spécifier le nombre**  **IF YES**  Please specify the number | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Cat |  | (**allez à 15** // skip to 15) | | Dog |  |  | | Bird |  | (**allez à 15** // skip to 15) | | Rodent |  | (**allez à 15** // skip to 15) | | Other |  | (**allez à 15** // skip to 15) | | | | | |
| **14.1.1.1** | **SI CHIEN(S)** **Sont-ils diagnostiqués avec de l’eczéma?**  **IF DOG(S)**Was/were dog(s) diagnosed with Eczema? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **15** | **Avez-vous des intolérances alimentaires?**  Are you known to have any food intolerances? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 16** // skip to 16) | | | | |
| **15.1** | **SI OUI**  **Veuillez spécifier**  **IF YES**  Please specify |  | | | | | | |
| **16** | **Votre eczéma est-il significativement pire avec le stress?**  Is your Eczema significantly worse with stress? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No   **Ne sait pas**//Don’t know | | | | |
| **17** | **Êtes-vous au courant des déclencheurs qui aggravent votre peau, autres que ceux mentionnés ci-haut?**  Are you aware of any triggers that make your skin worse, other than those mentioned above? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 18** // skip to 18) | | | | |
| **17.1** | **SI OUI**  **Veuillez spécifier**  **IF YES**  Please specify |  | | | | | | |
| **Section C – Gestion de l'eczéma //** Eczema Management | | | | | | | | |
| **18** | **Avez-vous essayé un régime d’élimination pour votre eczéma?**  Have you tried an elimination diet for your Eczema? | | | ** Lait ou produits laitiers** // Milk or dairy  ** Blé ou gluten** // Wheat of gluten  ** Soya** // Soy  ** Viande** // Meat  ** Autre(s)** // Other | | | | |
| **18.1** | **SI AUTRE(S)**  **Veuillez spécifier**  **IF OTHER**  Please specify |  | | | | | | |
| **19** | **Lavez-vous vos avant-bras, vos jambes et/ou l’estomac avec du savon lorsque vous vous douchez ou que vous prenez votre bain?**  Do you wash your forearms, legs and/or stomach when you shower/bathe? | | | ** Savon en barre**// Bar soap  ** Savon liquide ou gel** // Liquid or gel soap  ** Détergent synthétique ou crème lavante (sans-savon)**// Non-soap cleanser or oil  ** Autre(s)** // Other | | | | |
| **19.1** | **SI AUTRE(S)**  **Veuillez spécifier**  **IF OTHER**  Please specify |  | | | | | | |
| **20** | **À quelle fréquence vous lavez-vous en une semaine?**  How often do you bathe in a week? | | | ** Plus d’une fois par jour** // More than one time per day  ** Tous les jours** // Every day  ** Une fois tous les deux jours**// Once every other day  ** Une ou deux fois par semaine** // Once or twice per week | | | | |
| **21** | **À quelle fréquence appliquez-vous de la crème hydratante de la tête aux pieds après le lavage?**  How often do you apply moisturizing cream(s) head-to-toe after bathing? | | | ** La plupart du temps** // Most of the time  ** Parfois** // Sometimes  **Rarement** // Rarely | | | | |
| **22** | **Combien de fois appliquez-vous des crèmes hydratantes par jour?**  How many times do you apply moisturizing creams per day? | | | ** 0x**  ** 1x**  ** 2x**  ** 3-4x**  ** 5-6x**  ** >7x** | | | | |
| **23** | **Parmi les professionnels de la santé suivants, lesquels avez-vous vu, pour gérer votre eczéma au cours de la dernière année:**  Which of the following health practitioners have you seen to manage your eczema disease during the last year: | | | | | | | |
| **23.1** | **Médecin généraliste ou médecin de famille**  General practitioner or family medicine doctor | | |  **Oui** // Yes(**allez à 23.1.1** // skip to 23.1.1)   **Non** **//** No (**allez à 23.1.2** // skip to 23.1.2) | | | | |
| **23.1.1** | **SI OUI**  Avez-vous un médecin de famille?  **IF YES**  Do you have a family medicine doctor? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **23.1.2** | **SI NON**  **Êtes-vous allé à une clinique sans rendez-vous?**  **IF NO**  Have you gone to a walk-in clinic? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **23.2** | **Urgentologue**  Emergency doctor | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 23.3** // skip to 23.3) | | | | |
| **23.2.1** | **SI OUI**  **Combien de fois au cours de la dernière année êtes-vous allé à l’urgence pour votre eczéma ?**  **IF YES**  How many times in the last year have you gone to emergency for your Eczema? | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **23.3** | **Dermatologue**  Dermatologist | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 23.4** // skip to 23.4) | | | | |
| **23.3.1** | **SI OUI**  Combien de visites dermatologiques avez-vous eu au cours de la dernière année?  **IF YES**  how many dermatology visits have you had in the past year? | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **23.3.2** | **SI OUI**  Si oui, combien de dermatologues avez-vous vus dans le passé pour votre eczéma?  **IF YES**  how many dermatologists have you seen for your Eczema previously? | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **23.4** | **Pharmacien**  Pharmacist | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **23.5** | **Infirmière clinicienne**  Nurse clinician | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **23.6** | **Nutritionniste**  Nutritionist | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **23.7** | **Naturopathe**  Naturopath | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **23.8** | **Praticiens alternatifs de la santé (ostéopathe, homéopathe, acupuncture, etc.)**  Alternative health practitioners (osteopath, homeopath, acupuncture, etc.) | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **24** | **Avez-vous manqué l’école ou le travail en raison de votre eczema? (Rendez-vous médicaux, symptomes…)**  Have you ever missed school or work because of your eczema in the last year? (Medical appointments, symptoms) | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 25** // skip to 25) | | | | |
| **24.1** | **SI OUI**  **Combien de jour au cours de la dernière année**  **IF YES**  How many times in the last year? | | | ** 1x**  ** 2x**  ** 3-4x**  ** 5-6x**  ** >7x** | | | | |
| **25** | **Jusqu’à présent, quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux soins que vous avez reçus?**  Until now, how do you feel about the care you have received? | | | ** Satisfait.e.** // Satisfied  ** Modérément satisfait.e.** // Moderately satisfied  ** Insatisfait.e.** // Not satisfied | | | | |
| **26** | **Vous sentez-vous anxieux ou déprimé?**  Are you feeling anxious or depressed? | | | ** Oui, à cause des symptômes de l’eczéma** // Yes, because of Eczema symptoms  ** Oui, pour d’autres raisons** // Yes, for other reasons  ** Non** // No | | | | |
| **27** | **Connaissez-vous la Société canadienne de l’eczéma et/ou tout autre ressource ou groupe de soutien semblable?**  Are you aware of the Eczema Society of Canada and/or any other similar support group? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **28** | **Pensez-vous avoir besoin de plus de ressources et/ou d’aide?**  Do you feel you may need more resources and/or help? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **Section D – Informations Générales //** Background Information | | | | | | | | |
| **29** | **Sexe assigné à la naissance**  Sex assigned at birth | | | ** Male** // Male  ** Femelle** // Female  ** Intersexe** // Intersex  ** Préfère ne pas dire** // Prefer not to say | | | | |
| **30** | **À quel genre vous identifiez-vous?**  What gender do you identify as? | | | ** Homme** // Man  ** Femme** // Woman  ** Transgenre** // Transgender  ** Non-binaire** // Non-binary  ** Préfère ne pas dire** // Prefer not to say  ** Autre** // Other | | | | |
| **31** | **Date de naissance**  Date of birth | | | **\_ \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_**  **Y Y Y Y M M D D** | | | | |
| **32** | **Êtes-vous né.e au Canada?**  Were you born in Canada? | | |  **Oui** // Yes(**allez à 33** // skip to 33)   **Non** **//** No | | | | |
| **32.1** | **SI NON**  **Dans quel pays êtes-vous né?**  **IF NO**  In what country were you born | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
| **32.1** | **Quel âge aviez-vous lorsque vous êtes venu vivre au Canada?**  How old were you when you came to live in Canada? | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OU** // OR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Âge** / Age **Année** / Year | | | | |
| **33** | **Quel est votre statut matrimonial actuel?**  What is your current marital status? | | | ** Célibataire (jamais légalement marié**)// Single (never legally married)  ** Partenaire légalement marié ou en union de fait //** Legally married or common-law partner  ** Veuf.ve**// Widowed  ** Séparé, mais toujours légalement marié.e** // Separated, but still legally married  ** Divorcé.e** // Divorce | | | | |
| **34** | **Situation d’emploi actuelle**  Current employment status | | | ** Employé.e** // Employed  ** Retraité.e** // Retired  ** Travailleur.se autonome** // Self-employed  ** Étudiant.e** // Student  ** En arrêt de travail** // Sick leave  ** en recherche d’emploi** // Looking for work  ** Proche aidant.e Family** //Caregiver  ** Incapacité** // Disabled  ** Autre situation** // Other | | | | |
| **35** | **Revenu annuel du ménage**  Annual household income | | | ** $0 - $29,999**  ** $30,000 - $59,999**  ** $60,000 - $89,999**  ** >$90.000**  ** Préfére ne pas divulguer** // Prefer not to disclose | | | | |
| **36** | **Consommez-vous de l’alcool?**  Do you consume alcohol? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No (**allez à 37** // skip to 37) | | | | |
| **36.1** | **Nombre d’unités par semaine**  ***1 unité = 1 verre de vin ou bouteille de bière ou 1 shot de spiritueux***  Number of units per week  *1 unit = 1 glass of wine or bottle of beer or 1 shot of spirits* | | |  **Moins d’une consommation par semaine** // Less than one unit per week  **OU**  // OR  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Indiquez le nombre d’unités par semaine** // Specify the number of units per week | | | | |
| **37** | **Have you ever smoked?** | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **38** | **Lequel des phototypes ci-dessous s’applique le mieux à vous? :**  Which of the following applies best to you?:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Photoype  Phototype | Caractéristiques typiques  Typical features | Reaction au soleil  Tanning ability | | I | **Peau blanche pâle, yeux bleus/verts, cheveux blonds/roux**  Pale white skin, blue/green eyes, blond/red hair | **Brûle toujours, ne bronze pas**  Always burns, does not tan | | II | **Peau claire, yeux bleus**  Fair skin, blue eyes | **Brûle facilement, bronze mal**  Burns easily, tans poorly | | III | **Peau blanche plus foncée**  Darker white skin | **Bronzage après la brûlure initiale**  Tans after initial burn | | IV | **Peau brun clair**  Light brown skin | **Brûle minimalement, bronze facilement**  Burns minimally, tans easily | | V | **Peau brune**  Brown skin | **Brûle rarement, bronze sombrement facilement**  Rarely burns, tans darkly easily | | VI | **Peau brun foncé ou noire**  Dark brown or black skin | **Ne brûle jamais, bronze toujours sombrement**  Never burns, always tans darkly | | | | | | ** I**  ** II**  ** III**  ** IV**  ** V**  ** VI** | | |
| **39** | **Les personnes vivant au Canada proviennent de différents milieux culturels. De quelle origine culturelle, ethnique ou raciale êtes-vous? Veuillez en cocher autant que vous le souhaitez.**  People living in Canada come from different cultural backgrounds. Of which cultural, ethnic, or racial background are you? Please checkas many as apply. | | | ** Autochtone** // Indigenous  ** Noir, Afro-américain** // Black, African American ****  ** Asie du Sud** ***(par exemple, Inde orientale, pakistanaise, sri-lankaise, etc.)***// South Asian *(e.g., East Indian, Pakistani, Sri Lankan etc.)*  ** Asie occidentale** ***(par exemple, iranien, afghan, etc.)*** // West Asian *(e.g., Iranian, Afghan, etc.)*  ** Latino, hispanique, latino-américaine** // Latin, Hispanic, Latin American  ** Insulaire Pacifique** // Pacific Islander  ** Arabe, Moyen-Orient** // Arab, Middle Eastern  ** Philippines** // Filipino  ** Asie du Sud-Est *(par exemple, vietnamien, cambodgien, laotien, thaï, etc.)***// South East Asian (e.g., Vietnamese, Cambodian, Laotian, Thai, etc.)  ** Asie de l'Est *(coréen, chinois, japonais, etc.)***// East Asian (Korean, Chinese, Japanese, etc.)  ** Blanc** // White  ** Je ne sais pas ou je ne souhaite pas répondre** // Don’t know or I don’t wish to answer | | | | |
| **Section E – Historique Familial //** Family History | | | | | | | | |
| **Nous aimerions avoir des informations sur la santé des membres de votre famille immédiate (parents, frères et sœurs et enfants). Veuillez ne pas inclure les parents adoptifs ou mariés.**  We would like some information about the health of members of your immediate family (parents, siblings, and children). Please do not include relatives by adoption or marriage. | | | | | | | | |
| **40** | **Je suis adopté et ne connais pas ma famille biologique.**  I am adopted and do not know my biological family. | | |  **Oui** // Yes(**allez à 44** // skip to 44)   **Non** **//** No | | | | |
| **41** | **Veuillez indiquer le nombre pour chaque membre de la famille? (Veuillez inclure également les membres de la famille qui sont décédés)**  How many of each of these types of relatives do you have? (Please also include relatives that are no longer living) | | | |  |  | | --- | --- | | **Frères** // Brothers |  | | **Soeurs** // Sisters |  | | **Fils** // Sons |  | | **Filles** // Daughters |  | | | | | |
| **42** | **L’un des membres de votre famille immédiate (mère, père, frères et sœurs, enfants) a-t-il/elle reçu un diagnostic pour les maladies suivantes:**  Have any of your immediate family members (mother, father, siblings, children) been diagnosed with: | | | | | | | |
| **42.1** | **Dermatite atopique (Eczéma)**  Atopic Dermatitis (Eczema) | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No   **Ne sait pas**//Don’t know | | | | |
| **42.2** | **Asthme**  Asthma | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No   **Ne sait pas**//Don’t know | | | | |
| **42.3** | **Rhume des foins (allergies saisonnières)**  Hay fever (seasonal allergies) | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No   **Ne sait pas**//Don’t know | | | | |
| **43** | **Quel est le plus haut niveau de scolarité de votre parent ou tuteur le plus instruit?**  What is the highest level of education of your most educated parent or guardian? | | | ** École primaire** // Elementary  ** École secondaire** // High school  ** École technique ou cégep** // College  ** CEGEP ou Université, sans diplôme complété** // Some College of university, no diploma obtained  ** Université** // Univesity  ** Diplôme de cycles supérieurs** // Graduate or professional degree | | | | |
| **Section F – Contact //** Contact | | | | | | | | |
| **44** | **Seriez-vous intéressé à participer périodiquement à d’autres sondages?**  Would you be interested in participating in other surveys periodically? | | |  **Oui** // Yes   **Non** **//** No | | | | |
| **45.1** | **SI OUI**  **Veuillez fournir une adresse courriel**  **IF YES**  Please provide email address | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |

***Merci pour votre temps et passez une merveilleuse journée!***

*Thank you for participating!*