

QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE (+ 4 MOIS)

1 - Introduction

2 - Handicap

3 - Partie 1

4 - Partie 2

5 - Partie 3

6 - Partie 4

7 - Partie 5

8 - Partie 6

9 - Commentaires

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondante à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Suite 

1 - Introduction

2 - Handicap

3 - Partie 1

4 - Partie 2

5 - Partie 3

6 - Partie 4

7 - Partie 5

8 - Partie 6

9 - Commentaires

Handicap

Afin de mieux interpréter vos réponses, merci tout d'abord d'indiquer :

- si vous souffrez d'un handicap permanent (paralysie, cécité...)

Oui Non

Si oui, lequel :

- si vous souffrez actuellement d'un handicap temporaire (fracture, blessure immobilisant une partie de votre corps...)

Oui Non

Si oui, lequel :

Nous vous rappelons que vous disposez de 6 mois pour remplir ce questionnaire, aussi, selon la durée de votre handicap temporaire, vous pouvez éventuellement attendre de retrouver vos capacités physiques habituelles pour y répondre.

◀ Précédent | Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Handicap
- 3 - Partie 1
- 4 - Partie 2
- 5 - Partie 3
- 6 - Partie 4
- 7 - Partie 5
- 8 - Partie 6
- 9 - Commentaires

Partie 1

Dans l'ensemble, diriez-vous que votre santé est :

- Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé aujourd'hui ?

- Bien meilleur Plutôt meilleur A peu près pareil Plutôt moins bon Beaucoup moins bon

◀ Précédent | Suite ▶

1 - Introduction

2 - Handicap

3 - Partie 1

4 - Partie 2

5 - Partie 3

6 - Partie 4

7 - Partie 5

8 - Partie 6

9 - Commentaires

Partie 2

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, **êtes-vous limité(e) en raison de votre état de santé actuel ? Si oui, dans quelle mesure ?**

Efforts physiques intenses tels que courir, soulever des objets lourds, faire du sport... Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules... Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Soulever et porter les courses. Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Monter **plusieurs étages** par l'escalier. Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Monter **un seul étage** par l'escalier. Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir. Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Marcher **plus d'un kilomètre**. Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Marcher **plusieurs centaines de mètres**. Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Marcher **une centaine de mètres**. Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

Prendre un bain, une douche ou s'habiller. Oui, très limité(e) Oui, plutôt limité(e) Non, pas limité(e) du tout

◀ Précédent | Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Handicap
- 3 - Partie 1
- 4 - Partie 2
- 5 - **Partie 3**
- 6 - Partie 4
- 7 - Partie 5
- 8 - Partie 6
- 9 - Commentaires

Partie 3

Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

Avez-vous réduit **le temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles ? Oui Non

Avez-vous **accompli moins de choses** que vous auriez souhaité ? Oui Non

Avez-vous dû **arrêter de faire certaines choses** ? Oui Non

Avez-vous eu des **difficultés** à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire) ? Oui Non

Au cours des 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) :

Avez-vous réduit **le temps passé** à votre travail ou à vos activités habituelles ? Oui Non

Avez-vous **accompli moins de choses** que vous auriez souhaité ? Oui Non

Avez-vous eu des **difficultés** à faire ce que vous aviez à faire **avec autant de soin et d'attention que d'habitude** ? Oui Non

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

- 1 - Introduction
- 2 - Handicap
- 3 - Partie 1
- 4 - Partie 2
- 5 - Partie 3
- 6 - Partie 4
- 7 - Partie 5
- 8 - Partie 6
- 9 - Commentaires

Partie 4

Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique ou émotionnel vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

- Nulle Très faible Faible Moyenne Grande Très grande

Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure la douleur physique vous a-t-elle gêné dans votre travail ou vos activités habituelles ?

- Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

◀ Précédent | Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Handicap
- 3 - Partie 1
- 4 - Partie 2
- 5 - Partie 3
- 6 - Partie 4
- 7 - Partie 5
- 8 - Partie 6
- 9 - Commentaires

Partie 5

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

Vous vous êtes senti(e) dynamique ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Vous vous êtes senti(e) heureux(se) ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ?

- En permanence Très souvent Souvent Quelquefois Rarement Jamais

[◀ Précédent](#) | [Suite ▶](#)

- 1 - Introduction
- 2 - Handicap
- 3 - Partie 1
- 4 - Partie 2
- 5 - Partie 3
- 6 - Partie 4
- 7 - Partie 5
- 8 - **Partie 6**
- 9 - Commentaires

Partie 6

Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- En permanence Une bonne partie du temps De temps en temps Rarement Jamais

Les affirmations suivantes sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?

Il me semble que je tombe malade plus facilement que les autres.

- Tout à fait vraie Plutôt vraie Je ne sais pas Plutôt fausse Fausse

Je me porte aussi bien que n'importe qui.

- Tout à fait vraie Plutôt vraie Je ne sais pas Plutôt fausse Fausse

Je m'attends à ce que ma santé se dégrade.

- Tout à fait vraie Plutôt vraie Je ne sais pas Plutôt fausse Fausse

Je suis en excellente santé.

- Tout à fait vraie Plutôt vraie Je ne sais pas Plutôt fausse Fausse

◀ Précédent | Suite ▶

- 1 - Introduction
- 2 - Handicap
- 3 - Partie 1
- 4 - Partie 2
- 5 - Partie 3
- 6 - Partie 4
- 7 - Partie 5
- 8 - Partie 6

9 - Commentaires

Commentaires

Si vous n'avez pas de commentaire, merci de valider définitivement votre questionnaire.

En revanche, si vous pensez que votre situation n'est prise en compte que partiellement dans ce questionnaire, nous vous proposons de nous préciser ci-dessous les informations supplémentaires qui nous permettront de mieux traiter vos réponses :

500 Caractères restants

[◀ Précédent](#) | [📄 Enregistrer en brouillon](#) | [📄 Valider définitivement](#)