

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

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 ▶](#)

