

# OBALISC

## Introduction



Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de votre participation au projet OBALISC.

Dans ce questionnaire, nous nous intéressons à certains paramètres de votre qualité de vie.

Plus précisément, les questions que nous vous posons nous permettront d'avoir des informations sur votre état de douleur, de fatigue, ainsi que votre état psychologique et votre état nutritionnel.

Merci de bien vouloir y répondre en cochant les cases prévues.

Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse.

Ces informations sont strictement confidentielles.

Merci pour votre participation !

## Partie 1 - Etat de douleur

**Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous ressentent des douleurs "familières" un jour ou l'autre (maux de tête, rage de dents...).**

**Au cours des 7 derniers jours, avez-vous ressenti d'autres douleurs que ce type de douleurs "familières" ?**

Oui  Non

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus intense que vous avez ressentie au cours des 7 derniers jours (0 = pas de douleur, 10 = pire douleur que vous puissiez imaginer) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux la douleur la plus faible que vous avez ressentie au cours des 7 derniers jours (0 = pas de douleur, 10 = pire douleur que vous puissiez imaginer) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en général (0 = pas de douleur, 10 = pire douleur que vous puissiez imaginer) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en ce moment (0 = pas de douleur, 10 = pire douleur que vous puissiez imaginer) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Prenez-vous un traitement ou un médicament contre la douleur ?**

Oui  Non

**Quel traitement ou médicament prenez-vous contre la douleur ?**

**Prenez-vous un 2ème traitement ou médicament contre la douleur ?**

Oui  Non

**Quel 2ème traitement ou médicament prenez-vous contre la douleur ?**

**Prenez-vous un 3ème traitement ou médicament contre la douleur ?**

Oui  Non

**Quel 3ème traitement ou médicament prenez-vous contre la douleur ?**

**Prenez-vous un 4ème traitement ou médicament contre la douleur ?**

Oui  Non

**Quel 4ème traitement ou médicament prenez-vous contre la douleur ?**

**Prenez-vous un 5ème traitement ou médicament contre la douleur ?**

Oui  Non

**Quel 5ème traitement ou médicament prenez-vous contre la douleur ?**

**Prenez-vous un 6ème traitement ou médicament contre la douleur ?**

Oui  Non

**Quel 6ème traitement ou médicament prenez-vous contre la douleur ?**

**Prenez-vous un 7ème traitement ou médicament contre la douleur ?**

Oui  Non

**Quel 7ème traitement ou médicament prenez-vous contre la douleur ?**

**Au cours des 7 derniers jours, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté ? Pouvez-vous indiquer le pourcentage d'amélioration obtenue ? (0 = aucune amélioration, 100 = amélioration complète)**

0  10  20  30  40  50  60  70  80  90  100

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours des 7 derniers jours, la douleur a retenti sur votre :**

**Activité générale (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Humeur (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Capacité à marcher (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques) (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Relations avec les autres (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Sommeil (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Goût de vivre (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat nutritionnel (prise ou perte de poids) (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat de fatigue (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat d'anxiété (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat de dépression (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

## Partie 2 - Etat de fatigue

---

**Au cours de notre vie, la plupart d'entre nous avons des moments où nous nous sentons fatigués.**

**Vous êtes-vous senti inhabituellement fatigué(e) au cours des 7 derniers jours ?**

Oui  Non

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux votre niveau de fatigue actuel (0 = pas fatigué(e), 10 = pire état de fatigue que vous puissiez imaginer) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux votre niveau de fatigue global ces dernières 24 h (0 = pas fatigué(e), 10 = pire état de fatigue que vous puissiez imaginer) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux votre pire fatigue ces dernières 24 h (0 = pas fatigué(e), 10 = pire état de fatigue que vous puissiez imaginer) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours des 7 derniers jours, votre état de fatigue a retenti sur votre :**

**Activité générale (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Humeur (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Capacité à marcher (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques) (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Relations avec les autres (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Goût de vivre (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Douleur (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat nutritionnel (prise ou perte de poids) (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat d'anxiété (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat de dépression (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal) :**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

### Partie 3 - Etat psychologique

---

Dans cette partie, nous nous intéressons à votre ressenti "en ce moment".

**Je me sens tendu(e) ou énervé(e) :**

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

**Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :**

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

**J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :**

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

**Je ris facilement et vois le bon côté des choses :**

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

**Je me fais du souci :**

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

**Je suis de bonne humeur :**

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

**Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) :**

- Oui, quoiqu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

**J'ai l'impression de fonctionner au ralenti :**

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

**J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué :**

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

**Je ne m'intéresse plus à mon apparence :**

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

**J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :**

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

**Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses :**

- Autant qu'auparavant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

**J'éprouve des sensations soudaines de panique :**

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

**Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision :**

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

**Pour les 4 questions suivantes, cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux comment, [au cours des 7 derniers jours](#), votre état d'[anxiété](#) a retenti sur votre :**

**Douleur (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

- 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat de fatigue (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat de dépression (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat nutritionnel (prise ou perte de poids) (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Pour les 4 questions suivantes, cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours des 7 derniers jours, votre état de dépression a retenti sur votre :**

**Douleur (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat de fatigue (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat d'anxiété (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat nutritionnel (prise ou perte de poids) (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

#### Partie 4 - Etat nutritionnel

---

**Cochez la case qui correspond à votre situation actuelle :**

Je n'ai pas commencé de traitements anti-cancer

Je suis en cours de traitement anti-cancer

J'ai terminé mes traitements anti-cancer

**Ressentez-vous une modification du goût des aliments par rapport à avant votre diagnostic de cancer ?**

Oui  Non

**Ressentez-vous une modification de votre odorat par rapport à avant votre diagnostic de cancer ?**

Oui  Non

**Ressentez-vous une modification de votre appétit par rapport à avant votre diagnostic de cancer ?**

Oui  Non

**Ressentez-vous une modification du goût des aliments par rapport au moment entre votre diagnostic et le début de vos traitements ?**

Oui  Non

**Ressentez-vous une modification de votre odorat par rapport au moment entre votre diagnostic et le début de vos traitements ?**

Oui  Non

**Ressentez-vous une modification de votre appétit par rapport au moment entre votre diagnostic et le début de vos traitements ?**

Oui  Non

**Ressentez-vous une modification du goût des aliments par rapport au moment où vous suiviez vos traitements ?**

Oui  Non

**Ressentez-vous une modification de votre odorat par rapport au moment où vous suiviez vos traitements ?**

Oui  Non

**Ressentez-vous une modification de votre appétit par rapport au moment où vous suiviez vos traitements ?**

Oui  Non

**De quelle manière votre appétit a-t-il été modifié ?**

J'ai plus faim qu'avant

J'ai moins faim qu'avant

**Au cours des deux dernières semaines, est-ce que certains problèmes ci-dessous vous ont empêché de manger suffisamment ? (plusieurs réponses possibles)**

Absence d'appétit, pas faim ou pas envie de manger

Nausées

Vomissements

Diarrhée

Constipation

Plaies de la bouche

Absence de salive/bouche sèche

Difficultés à avaler

Les aliments ont un drôle de goût ou n'ont plus de goût

Les aliments ont une odeur désagréable

Sentiment d'être rassasié(e) rapidement

Douleur

Fatigue

Non

Autre

Veillez préciser :

**Avez-vous des difficultés pour avaler les aliments liquides ?**

Oui  Non

**Depuis combien de temps ?**

mois

**Avez-vous des difficultés pour avaler les aliments solides ?**

Oui  Non

**Depuis combien de temps ?**

mois

**Avez-vous des difficultés pour mastiquer ?**

Oui  Non

**Depuis combien de temps ?**

mois

**Avalez-vous fréquemment de travers en mangeant (fausse-route) ?**

Oui  Non

**Depuis combien de temps ?**

mois

**Avez-vous modifié la texture ou la quantité de votre alimentation, comparé à ce que vous mangiez habituellement ?**

Oui  Non

**Depuis combien de temps ?**

mois

**Mangez-vous ?**

Plus que d'habitude

Moins que d'habitude

Les mêmes quantités que d'habitude

**Quel(s) type(s) d'alimentation utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)**

Liquide exclusive

Semi-liquide

Mixée

Moulinée

Hachée

Molle

Compléments nutritionnels oraux (produits médicaux spéciaux enrichis en énergie et/ou protéines, par exemple présentés sous forme de liquide ou de gel)

Seulement des produits par sonde ou intraveineuse

Alimentation classique

**Utilisez-vous des produits épaississants ?**

Oui  Non

**Pouvez-vous indiquer les quantités que vous mangez actuellement (0 = rien du tout, 10 = comme d'habitude) ?**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Indiquez votre poids actuel :**

kg

**Indiquez votre poids il y a 1 mois :**

kg

**Indiquez votre poids il y a 6 mois :**

kg

**Au cours des 2 dernières semaines, votre poids :**

A diminué

Est resté stable

A augmenté

Je ne sais pas

**Au cours du dernier mois, comment évaluez-vous votre activité ?**

Normale sans limitations

Pas comme d'habitude, mais je suis capable de me lever et de faire ce que je faisais presque normalement

Je n'ai pas le courage de faire la plupart des choses mais je reste moins de la moitié de la journée au lit

Je peux avoir quelques activités mais la plupart du temps je suis au lit ou dans un fauteuil

Je suis presque toujours couché(e), rarement hors du lit

**Pour les 5 questions suivantes, cliquez sur le chiffre qui décrit le mieux comment, au cours des 7 derniers jours, votre état nutritionnel (prise ou perte de poids) a retenti sur votre :**

**Douleur (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat de fatigue (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat psychologique (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat d'anxiété (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

**Etat de dépression (0 = aucun retentissement, 10 = retentissement maximal)**

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

## Commentaires

---

**Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)**