



## EORTC QLQ-C30 (version 3)

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

*Merci de préciser:*

Vos initiales:

--	--	--	--	--	--

Date de naissance (jour/mois/année):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La date d'aujourd'hui (jour/mois/année):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une <u>longue</u> promenade?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes?	1	2	3	4

### Au cours de la semaine passée:

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
6. Avez-vous été gênée pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours?	1	2	3	4
7. Avez-vous été gênée dans vos activités de loisirs?	1	2	3	4
8. Avez-vous eu le souffle court?	1	2	3	4
9. Avez-vous ressenti de la douleur?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au coeur)?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P.

**Au cours de la semaine passée:**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
16. Avez-vous été constipée?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu de la diarrhée?	1	2	3	4
18. Etiez-vous fatiguée?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendue?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous sentie irritable?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous sentie déprimée?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie <u>familiale</u> ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités <u>sociales</u> (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...)?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers?	1	2	3	4

**Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation**

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Très mauvais

Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?

1                      2                      3                      4                      5                      6                      7

Très mauvais

Excellent



## **EORTC QLO – CX24**

Les patientes rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, vous avez été affectée par l'un de ces symptômes ou problèmes, entourez, s'il vous plaît, le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

<b>Au cours de la semaine passée:</b>	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
31. Avez-vous ressenti des crampes abdominales?	1	2	3	4
32. Avez-vous laissé échapper des selles sans le vouloir?	1	2	3	4
33. Avez-vous remarqué la présence de sang dans vos selles?	1	2	3	4
34. Avez-vous uriné plus fréquemment que d'habitude?	1	2	3	4
35. Avez-vous ressenti des douleurs ou une sensation de brûlure en urinant?	1	2	3	4
36. Avez-vous eu des pertes d'urine involontaires?	1	2	3	4
37. Avez-vous éprouvé des difficultés à vider votre vessie?	1	2	3	4
38. Avez-vous constaté un gonflement au niveau d'une de vos jambes, ou de vos deux jambes (oedèmes)?	1	2	3	4
39. Avez-vous ressenti des douleurs dans le bas du dos?	1	2	3	4
40. Avez-vous ressenti des picotements/un engourdissement et/ou une diminution de la sensibilité au niveau des mains ou des pieds?	1	2	3	4
41. Avez-vous ressenti une irritation ou des douleurs au niveau du vagin?	1	2	3	4
42. Avez-vous eu des pertes vaginales?	1	2	3	4
43. Avez-vous eu des saignements vaginaux?	1	2	3	4
44. Avez-vous eu des bouffées de chaleur et/ou des sueurs?	1	2	3	4
45. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement?	1	2	3	4
46. Vous êtes vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement?	1	2	3	4
47. Votre corps vous a-t-il déplu?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P.

**Au cours des quatre dernières semaines:**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beau- coup</b>
48. Avez-vous eu peur que vos relations sexuelles soient douloureuses?	1	2	3	4
49. Avez-vous eu une activité sexuelle?	1	2	3	4

**Ne répondez aux questions suivantes que si vous avez eu une activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines :**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beau- coup</b>
50. Avez-vous été gênée par une sécheresse vaginale durant vos rapports?	1	2	3	4
51. Avez-vous eu la sensation que votre vagin était devenu plus court?	1	2	3	4
52. Avez-vous eu la sensation que votre vagin était devenu plus étroit?	1	2	3	4
53. Avez-vous eu mal pendant les rapports?	1	2	3	4
54. L'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir?	1	2	3	4

**EORTC QLO - OV28 (subscale)****Au cours de la semaine passée:**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beau- coup</b>
55. Vous êtes-vous sentie ballonnée?	1	2	3	4
56. Avez-vous été gênée par des gaz?	1	2	3	4
57. Avez-vous perdu des cheveux?	1	2	3	4
58. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : La perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée?	1	2	3	4
59. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel?	1	2	3	4
60. Avez-vous eu des picotements aux mains ou aux pieds?	1	2	3	4
61. Avez-vous eu les doigts ou les orteils engourdis?	1	2	3	4
62. Avez-vous ressenti une faiblesse des bras ou des jambes?	1	2	3	4
63. Avez-vous eu mal dans les muscles ou les articulations?	1	2	3	4
64. Avez-vous eu des problèmes d'audition?	1	2	3	4