

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE DE L'ETUDE SCIENTIFIQUE PORTEC-4a



EORTC QLQ-C30 (Version 3)

Code d'étude | | | |

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:

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

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beau-coup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?	1	2	3	4
4.. Êtes-vous obligé(e) 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:	Pas du tout	Un peu	Assez	Beau-coup
6. Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ?	1	2	3	4
7. Avez-vous été gêné(e) 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 à dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous senti(e) faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P.

Au cours de la semaine passée:	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipé(e) ?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4
18. Avez-vous été fatigué(e) ?	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 senti(e) tendu(e)?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir de certaines choses?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie familiale ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités sociales (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 QLQ – EN24

Code d'étude |_|_|_|

Les patientes signalent parfois qu'ils présentent 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..

Au cours de la semaine passée:	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
31. Avez-vous constaté un gonflement (œdèmes) au niveau de l'une de vos jambes, ou de vos deux jambes ?	1	2	3	4
32. Avez-vous ressenti une lourdeur au niveau de l'une de vos jambes, ou de vos deux jambes ?	1	2	3	4
33. Avez-vous ressenti des douleurs dans le bas du dos et/ou le bassin?	1	2	3	4
34. Lorsque vous avez ressenti le besoin d'uriner, avez-vous dû vous précipiter aux toilettes ?	1	2	3	4
35. Avez-vous uriné plus fréquemment que d'habitude ?	1	2	3	4
36. Avez-vous eu des pertes d'urine involontaires ?	1	2	3	4
37. Avez-vous ressenti des douleurs ou une sensation de brûlure en urinant ?	1	2	3	4
38. Lorsque vous avez ressenti le besoin d'aller à la selle, avez-vous dû vous précipiter aux toilettes ?	1	2	3	4
39. Avez-vous laissé échapper des selles ?	1	2	3	4
40. Avez-vous été gênée par des gaz (flatulences) ?	1	2	3	4
41. Avez-vous ressenti des crampes dans l'abdomen ?	1	2	3	4
42. Avez-vous ressenti une impression de ballonnement ?	1	2	3	4
43. Avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement au niveau des mains ou des pieds ?	1	2	3	4
44. Avez-vous eu mal dans les muscles ou les articulations ?	1	2	3	4
45. Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
46. Les aliments ont-ils eu un goût inhabituel ou désagréable?	1	2	3	4
47. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P.

Au cours de la semaine passée:		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
48.	Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
49.	Avez-vous actuellement un partenaire ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				

Au cours des trois derniers mois:		Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
50.	Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité?	1	2	3	4
51.	Avez-vous eu une activité sexuelle ?	1	2	3	4
52.	Si vous n'avez pas eu une activité sexuelle, veuillez en indiquer le motif: <input type="checkbox"/> Je n'ai pas (plus) de partenaire <input type="checkbox"/> Dans notre relation, la sexualité n'est pas (plus) importante <input type="checkbox"/> Raisons médicales avec mon partenaire <input type="checkbox"/> En raison de ma maladie / traitement				

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

53.	Avez-vous été gênée par une sécheresse vaginale durant vos rapports ?	1	2	3	4
54.	Avez-vous eu la sensation que votre vagin était devenu plus court/ou plus étroit?	1	2	3	4
55.	Avez-vous eu mal pendant les rapports ?	1	2	3	4
56.	L'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	1	2	3	4