

EORTC QLQ C30-v 3.0

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.

Au cours de la semaine passée:

		Pas du tout	Un peu	assez	beaucoup
1.	Avez-vous de 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 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
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 pour 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 coeur)?	1	2	3	4
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.	Etiez-vous 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 pour 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 <u>familiale</u> ?	1	2	3	4
27.	Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) 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. Wie 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