



EORTC QLQ - BR23

Les patientes rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, durant la semaine passée, 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 eu la bouche sèche ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Avez-vous perdu des cheveux ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. 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 |
| 36. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Avez-vous eu mal à la tête ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Votre corps vous a-t-il déplu ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Vous êtes-vous inquiétée de votre santé pour l'avenir ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Au cours des <u>quatre</u> dernières semaines : | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
| 44. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Répondez à cette question uniquement si vous avez eu une activité sexuelle : dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ? | 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 |
|---|------------------------|-------------------|--------------|-----------------|
| 47. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Avez-vous eu la main ou le bras enflé ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Avez-vous eu du mal à lever le bras ou à le déplacer latéralement ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. La région de votre sein traité était-elle enflée ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ? | 1 | 2 | 3 | 4 |