|  |  |
| --- | --- |
| BR23 [BR23] | |
| *[QLQHEAD]* | |
| Questionnaire rempli par le patient  *[QLQYN]* | 🌕 0-No 🌕 1-Yes |
| Date de remplissage du questionnaire par le patient  *[QLQDT]* | |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  DD/MM/YYYY |
| Raison de non remplissage du questionnaire  *[QLQNO\_R]* |  |
| Date à laquelle le questionnaire aurait dû être rempli  *[QLQEXPDT]* | |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  DD/MM/YYYY |
| Au cours de la semaine passée :  *[BR23G1]* | |
| 31. Avez-vous eu la bouche sèche ?  *[BR31]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 32. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ?  *[BR32]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 33. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ?  *[BR33]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 34. Avez-vous perdu des cheveux ?  *[BR34]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 35. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : la perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ?  *[BR35]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 36. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ?  *[BR36]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?  *[BR37]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 38. Avez-vous eu mal à la tête ?  *[BR38]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 39. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?  *[BR39]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 40. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?  *[BR40]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 41. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ?  *[BR41]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 42. Votre corps vous a-t-il déplu ?  *[BR42]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 43. Vous êtes-vous inquiétée de votre santé pour l'avenir ?  *[BR43]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |

|  |  |
| --- | --- |
| Au cours des quatre dernières semaines :  *[BR23G2]* | |
| 44. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ?  *[BR44]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 45. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ?  *[BR45]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 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 ?  *[BR46]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| Au cours de la semaine passée :  *[BR23G3]* | |
| 47. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?  *[BR47]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 48. Avez-vous eu la main ou le bras enflé ?  *[BR48]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 49. Avez-vous eu du mal à lever le bras ou à le déplacer latéralement ?  *[BR49]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 50. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?  *[BR50]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 51. La région de votre sein traité était-elle enflée ?  *[BR51]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 52. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ?  *[BR52]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |
| 53. Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ?  *[BR53]* | 🌕 1 - Pas du tout  🌕 2 - Un peu  🌕3 – Assez  🌕4 – Beaucoup |