|  |  |
| --- | --- |
| QLQC30 [QLQC30] | |
| *[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 |
| *[QLQC30G1]* | |
| 1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?  *[Q01]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?  *[Q02]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?  *[Q03]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 4. Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?  *[Q04]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 5. Avez-vous besoin d’aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux WC ?  *[Q05]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| Au cours de la semaine passée *[QLQC30G2]* | |
| 6. Etes-vous limité(e) d’une manière ou d’une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?  *[Q06]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 7. Etes-vous incapable de travailler ou d’accomplir des tâches habituelles chez vous ?  *[Q07]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 8. Avez-vous eu le souffle court ?  *[Q08]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 9. Avez-vous eu mal ?  *[Q09]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 10. Avez-vous eu besoin de repos ?  *[Q10]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?  *[Q11]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 12. Vous êtes-vous senti(e) faible ?  *[Q12]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 13. Avez-vous manqué d’appétit ?  *[Q13]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?  *[Q14]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 15. Avez-vous vomi ?  *[Q15]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 16. Avez-vous été constipé(e) ?  *[Q16]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 17. Avez-vous eu de la diarrhée ?  *[Q17]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 18. Etiez-vous fatigué(e) ?  *[Q18]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?  *[Q19]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?  *[Q20]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?  *[Q21]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 22. Vous êtes-vous fait du souci ?  *[Q22]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?  *[Q23]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?  *[Q24]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?  *[Q25]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie FAMILIALE ?  *[Q26]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 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, …) ?  *[Q27]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| 28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?  *[Q28]* | 🌕 1-Pas du tout  🌕 2-Un peu  🌕 3-Assez  🌕 4-Beaucoup |
| Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s’applique le mieux à votre situation *[QLQC30G3]* | |
| 29. Comment évalueriez-vous l’ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?  *[Q29]* | |\_\_| |
| 30. Comment évalueriez-vous l’ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?  *[Q30]* | |\_\_| |