|  |  |
| --- | --- |
| SWAL-QOL [SWALQOL] | |
| *[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 |
| Les questions ci-dessous concernent des troubles fréquemment rencontrés dans les problèmes de déglutition. Dans le dernier mois, avez-vous rencontré les problèmes suivants ? *[SWALG1]* | |
| Vivre avec mes troubles de déglutition est difficile ?  *[SWAL01]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai 🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Mes problèmes de déglutition sont une gêne majeure dans ma vie ?  *[SWAL02]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai 🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Les questions ci-dessous rapportent des plaintes que les patients avec des troubles de la déglutition décrivent. Dans le dernier mois, avez-vous rencontré les problèmes suivants ? *[SWALG2]* | |
| Presque tous les jours, je ne fais pas attention si je mange ou pas  *[SWAL03]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Je prends plus de temps que les autres pour manger  *[SWAL04]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| J'ai rarement faim  *[SWAL05]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Mon repas me prend beaucoup de temps  *[SWAL06]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Je ne prends plus de plaisir à manger  *[SWAL07]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Les questions ci-dessous rapportent des signes que les patients avec des troubles de la déglutition décrivent. Dans le dernier mois, avez-vous rencontré les problèmes suivants ? *[SWALG3]* | |
| Je tousse  *[SWAL08]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Je m'étouffe en mangeant des aliments  *[SWAL09]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Je m'étouffe en buvant  *[SWAL10]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| J'ai une salive épaisse et/ou des glaires  *[SWAL11]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| J'ai envie de vomir  *[SWAL12]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Je me racle la gorge  *[SWAL13]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| J'ai des problèmes pour mâcher  *[SWAL14]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| J'ai trop de salive ou de crachats  *[SWAL15]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Je n'arrive pas à me dégager la gorge  *[SWAL16]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Les aliments restent coincés dans ma gorge  *[SWAL17]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Les aliments restent collés dans ma bouche  *[SWAL18]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Les aliments ou les liquides ressortent par ma bouche  *[SWAL19]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Les aliments ou les liquides ressortent par mon nez  *[SWAL20]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Je n'arrive pas à tousser quand les aliments sont coincés  *[SWAL21]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |

|  |  |
| --- | --- |
| Ensuite, pourriez-vous s’il vous plaît répondre à des questions concernant votre alimentation et vos repas ? *[SWALG4]* | |
| Le choix de mes aliments est difficile  *[SWAL22]* | 🌕 1-Tout à fait d’accord 🌕 2-D’accord 🌕 3-Incertain  🌕 4-Pas d’accord 🌕 5-Pas du tout d’accord |
| Il est difficile de trouver une alimentation adaptée que j'aime  *[SWAL23]* | 🌕 1-Tout à fait d’accord 🌕 2-D’accord 🌕 3-Incertain  🌕 4-Pas d’accord 🌕 5-Pas du tout d’accord |
| Dans le mois précédent, avez-vous eu des problèmes de communication avec les autres à cause de vos problèmes de déglutition ? *[SWALG5]* | |
| Les gens ont du mal à comprendre ce que je dis  *[SWAL24]* | 🌕 1-Tout le temps 🌕 2-La plupart du temps 🌕 3-Parfois  🌕 4-Quelques fois 🌕 5-Jamais |
| C'est difficile pour moi de parler clairement  *[SWAL25]* | 🌕 1-Tout le temps 🌕 2-La plupart du temps 🌕 3-Parfois  🌕 4-Quelques fois 🌕 5-Jamais |
| Les questions ci-dessous rapportent des impressions que les patients avec des troubles de la déglutition décrivent. Dans le dernier mois, avez-vous rencontré les problèmes suivants ? *[SWALG6]* | |
| J'ai peur d'étouffer en mangeant  *[SWAL26]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| J'ai peur d'avoir une pneumonie  *[SWAL27]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| J'ai peur de m'étouffer quand je bois  *[SWAL28]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Je ne sais jamais si je vais étouffer  *[SWAL29]* | 🌕 1-Toujours 🌕 2-Souvent 🌕 3-Parfois  🌕 4-Rarement 🌕 5-Jamais |
| Dans le mois dernier, avez-vous ressenti les propositions suivantes à cause de vos problèmes de déglutition ? *[SWALG7]* | |
| Ma déglutition me déprime  *[SWAL30]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Je suis gêné(e) par ma déglutition  *[SWAL31]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Je suis contrarié(e) par ma déglutition  *[SWAL32]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Mes problèmes de déglutition sont frustrants  *[SWAL33]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Je suis impatient(e) de régler ce problème  *[SWAL34]* | 🌕 1-Toujours vrai 🌕 2-Souvent vrai 🌕 3-Parfois vrai  🌕 4-Rarement vrai 🌕 5-Pas vrai du tout |
| Dans le mois dernier, avez-vous eu des ennuis dans vos relations avec les autres à cause de vos problèmes de déglutition ? *[SWALG8]* | |
| Je ne mange plus à l'extérieur  *[SWAL35]* | 🌕 1-Tout à fait d’accord 🌕 2-D’accord 🌕 3-Incertain  🌕 4-Pas d’accord 🌕 5-Pas du tout d’accord |
| C'est difficile d'avoir une vie sociale  *[SWAL36]* | 🌕 1-Tout à fait d’accord 🌕 2-D’accord 🌕 3-Incertain  🌕 4-Pas d’accord 🌕 5-Pas du tout d’accord |
| J'ai changé de travail et/ou de loisirs à cause de ces problèmes  *[SWAL37]* | 🌕 1-Tout à fait d’accord 🌕 2-D’accord 🌕 3-Incertain  🌕 4-Pas d’accord 🌕 5-Pas du tout d’accord |
| Je ne profite plus des fêtes ou des vacances  *[SWAL38]* | 🌕 1-Tout à fait d’accord 🌕 2-D’accord 🌕 3-Incertain  🌕 4-Pas d’accord 🌕 5-Pas du tout d’accord |
| Ma position vis à vis de ma famille ou de mes amis a changé  *[SWAL39]* | 🌕 1-Tout à fait d’accord 🌕 2-D’accord 🌕 3-Incertain  🌕 4-Pas d’accord 🌕 5-Pas du tout d’accord |
| Dans le mois dernier, avez-vous eu les signes suivants ? *[SWALG9]* | |
| Je me sens faible  *[SWAL40]* | 🌕 1-Tout le temps 🌕 2-La plupart du temps 🌕 3-Parfois  🌕 4-Quelques fois 🌕 5-Jamais |
| J'ai des problèmes pour dormir  *[SWAL41]* | 🌕 1-Tout le temps 🌕 2-La plupart du temps 🌕 3-Parfois  🌕 4-Quelques fois 🌕 5-Jamais |
| Je suis fatigué(e)  *[SWAL42]* | 🌕 1-Tout le temps 🌕 2-La plupart du temps 🌕 3-Parfois  🌕 4-Quelques fois 🌕 5-Jamais |
| Je me réveille la nuit  *[SWAL43]* | 🌕 1-Tout le temps 🌕 2-La plupart du temps 🌕 3-Parfois  🌕 4-Quelques fois 🌕 5-Jamais |
| Je me sens épuisé(e)  *[SWAL44]* | 🌕 1-Tout le temps 🌕 2-La plupart du temps 🌕 3-Parfois  🌕 4-Quelques fois 🌕 5-Jamais |

|  |  |
| --- | --- |
| *[SWALG10]* | |
| Quelqu'un vous a t'il aidé à remplir ce questionnaire ?  *[SWAL45]* | 🌕 0-Non, je l’ai fait seul  🌕 1-Oui quelqu’un m’a aidé |
| Si quelqu'un vous a aidé, comment l'a t'il fait ?  *[SWAL46]* | 🌕 1-Il a lu les questions et écrit vos réponses  🌕 2-A répondu aux questions pour vous ?  🌕 3-A fait autre chose |