

Votre santé *- et -* **votre bien-être**

Mesure sur les symptômes reliés au poids (WRSM)

Ce questionnaire porte sur votre santé et votre poids, tels que vous les percevez.



Merci de répondre à ces questions!

Instructions pour remplir le questionnaire sur la qualité de vie par les participants(es) de l'étude

- 1) Ces questionnaires sont une importante partie de votre évaluation médicale globale. Les questions ont été développées afin de recueillir de l'information qui nous permettra de comprendre comment selon votre point de vue, votre santé a affecté votre qualité de vie.
- 2) Veuillez remplir ce questionnaire en utilisant un stylo à bille. Appuyez fermement et écrivez en lettres détachées afin que toutes les copies soient claires et lisibles.
- 3) Veuillez prendre le temps de lire attentivement et de répondre à chacune des questions. Certaines questions peuvent paraître semblables mais chacune est différente.
- 4) Veuillez répondre à chaque question en faisant un ☐ dans le carré qui décrit le mieux votre choix. Vous pouvez changer une réponse en faisant un trait (☒) au travers du choix que vous souhaitez changer et en faisant un ☐ dans le carré correspondant à votre nouveau choix.
- 5) Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Si vous n'êtes pas certain(e) comment répondre à une question, veuillez donner la réponse que vous pensez être la meilleure.
- 6) Vos réponses sont confidentielles. Le/la coordonnateur(trice) de l'étude vérifiera seulement que vous avez bien rempli tout le questionnaire et il/elle ne partagera en aucun cas vos réponses avec d'autres membres du personnel clinique.

Votre poids: symptômes et gêne.

Pour chacune des questions suivantes, veuillez lire la liste des symptômes et cocher ☒ la case correspondant le mieux à votre réponse.

a. Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous eu les symptômes suivants ?			b. Si oui, à quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e)?						
Non	Oui	SYMPTÔMES	Pas du tout	Presque pas	Un peu	Moyennement	Assez	Beaucoup	Enormément
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Essoufflement	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Fatigue	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sensibilité au froid	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Augmentation de la soif	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Plus irritable	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Mal au dos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Besoin fréquent d'uriner	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Douleurs dans les articulations (hanches, genoux, etc.)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Rétention d'eau	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Problèmes de pieds	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Sensibilité à la chaleur	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Ronflements	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

(Passez à la page suivante)

(suite)...

a. Au cours des <u>quatre dernières semaines</u> , avez-vous eu les symptômes suivants ?			b. Si oui, à quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e)?						
Non	Oui	SYMPTÔMES	Pas du tout	Presque pas	Un peu	Moyennement	Assez	Beaucoup	Enormément
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Augmentation de l'appétit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Fuites d'urine	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Etourdissements	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Augmentation de la transpiration	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Perte du désir sexuel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Moins de résistance physique	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	Irritation de la peau	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Veuillez passer en revue les questions auxquelles vous venez de répondre et vous assurer que vous n'en avez manqué aucune.

Merci de répondre à ces questions!