

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

## **Mesure des symptômes liés 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 de qualité de vie par les participants**

---

- 1) Ce questionnaire constitue une part importante de votre évaluation médicale globale. Les questions sont conçues pour collecter des informations quant aux effets de votre santé sur votre qualité de vie, selon votre point de vue.
- 2) Complétez le questionnaire à l'aide d'un stylo à bille. Appuyez fermement et écrivez en caractères nets afin de vous assurer que vos réponses soient claires et lisibles.
- 3) Veuillez prendre le temps s'il vous plaît de lire et de répondre à chaque question avec attention. Certaines questions peuvent ressembler à d'autres, mais chacune est différente.
- 4) Veuillez répondre s'il vous plaît à chaque question en marquant une ☐ dans la case qui décrit le mieux votre réponse. Vous pouvez changer une réponse en barrant par une ligne (☒) sur la sélection que vous désirez changer, et en marquant une ☐ dans la case correspondant au nouveau choix.
- 5) Il n'y a pas de réponse juste ou fausse. Si vous n'êtes pas sûr(e) d'une réponse, veuillez donner s'il vous plaît la meilleure réponse que vous pouvez.
- 6) Vos réponses sont confidentielles. Le coordinateur de l'étude vérifiera seulement que les questionnaires sont bien remplis et ne partagera pas vos réponses avec d'autres membres du personnel médical.

## Votre poids: symptômes et gêne.

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

a. <u>Au cours des 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	Énormément
<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 grande irritabilité	<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. <u>Au cours des 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	Énormément
<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	Étourdissements	<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!***