

Votre santé - et - votre bien-être

Questionnaire Qualité de Vie Obésité et Perte de poids (OWLQOL)

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



Merci de répondre à ces questions!

Copyright © University of Washington, 2004. All rights reserved.
(OWL-QOL-17 (French) Belgium Version 2.0)

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(sûre) 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 : ce que vous ressentez

Vous trouverez ci-dessous une série d'affirmations sur votre qualité de vie par rapport à votre poids et la perte de poids.

Pour chacune des phrases suivantes, veuillez cocher la case ☒ correspondant à votre réponse, en ce moment.

	PAS DU TOUT	PRESQUE PAS	UN PEU	MOYEN- NEMENT	ASSEZ	BEAU- COUP	ENORMÉ- MENT
1. A cause de mon poids, j'essaie de porter des vêtements qui cachent mes formes (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
2. Cela me contrarie d'avoir moins d'énergie à cause de mon poids (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
3. A cause de mon poids, j'ai mauvaise conscience quand je mange (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
4. Ce que les gens disent sur mon poids me gêne (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
5. A cause de mon poids, j'essaie d'éviter de me faire prendre en photo (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
6. A cause de mon poids, je dois faire très attention à mon hygiène corporelle (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
7. Mon poids m'empêche de faire ce que je veux (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
8. J'ai peur du surmenage que mon poids fait subir à mon corps (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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)...

	PAS DU TOUT	PRESQUE PAS	UN PEU	MOYEN- NEMENT	ASSEZ	BEAU- COUP	ENORMÉ- MENT
9. Cela me contrarie de ne pas pouvoir manger les mêmes choses que les autres à cause de mon poids (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
10. Je me sens déprimé(e) à cause de mon poids (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
11. Je me sens laid(e) à cause de mon poids (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
12. Je m'inquiète pour l'avenir à cause de mon poids (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
13. J'envie les gens qui sont minces (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
14. J'ai l'impression d'être observé(e) à cause de mon poids (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
15. J'ai du mal à accepter mon corps à cause de mon poids (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
16. J'ai peur de reprendre le moindre kilo perdu (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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
17. Je finis par me décourager quand j'essaie de perdre du poids (<i>veuillez cocher une case, s'il vous plaît</i>)	<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

Veillez 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!