

Questionnaire QLQ-BR23

Les patients rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, durant la semaine passée, vous avez été affecté(e) par l'un de ces symptômes ou problèmes.

| Au cours de la semaine passée : | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|---|--------------------|---------------|--------------|-----------------|
| 1. Avez-vous eu la bouche sèche ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants, ou douloureux ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Avez-vous perdu des cheveux ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : la perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Avez-vous eu mal à la tête ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Votre corps vous a-t-il déplu ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Vous êtes-vous inquiétée pour votre santé pour l'avenir ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Au cours des 4 dernières semaines : | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
| 14. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ? | 1 | 2 | 3 | 4 |



| | | | | |
|--|--------------------|---------------|--------------|-----------------|
| 16. Répondez à cette question uniquement si vous avez eu une activité sexuelle : dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Au cours de la semaine passée : | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
| 17. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Avez-vous eu la main ou le bras enflé ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Avez-vous eu du mal à lever le bras ou à le déplacer latéralement ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. La région de votre sein traité était-elle enflée ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Utilisation et interprétation par le professionnel de santé :

Ce questionnaire est destiné à recueillir des informations sur des symptômes ressentis par votre patient d'une façon générale au cours des 4 dernières semaines ou plus récemment au cours de la semaine passée.

Il n'est pas destiné à établir un diagnostic.

Il permet cependant de faire un état des lieux des troubles ressentis et de leur impact au quotidien vous permettant d'une part d'adapter votre prise en charge et vos conseils mais également d'évaluer l'évolution d'une consultation à l'autre dans le cadre du suivi de votre patient en renouvelant le questionnaire et de mesurer ainsi l'impact de vos conseils.

Le questionnaire est coté entre 23 et 92

| Le score de votre patient est... | Votre interprétation pour sa prise en charge... |
|---|--|
| < 14 | Aucun problème signalé |
| 14-46 | Rares problèmes occasionnels |
| 47-69 | Problèmes à prendre en compte |
| >70 | Problèmes ayant un fort impact au quotidien |

