

Questionnaire QLQ-C30

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en marquant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

Cochez la case qui convient	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
6. Avez-vous été gêné(e) pour effectuer votre travail ou vos activités de tous les jours ?	1	2	3	4
7. Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs ?	1	2	3	4
8. Avez-vous le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous ressenti de la douleur ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés à dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous senti(e) faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4
16. Avez-vous été constipée ?	1	2	3	4



Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4
18. Avez-vous été fatigué(e) ?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	1	2	3	4
25. Avez-vous des difficultés à vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils géné(e) dans votre vie familiale ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils géné(e) dans vos activités sociales (ex : sortie entre amis, cinéma...) ?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?				

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en marquant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation :

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé **au cours de la semaine passée** ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie **au cours de la semaine passée** ?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent



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 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.

La première partie détaillée du questionnaire est cotée entre 28 et 112

Le score de votre patient est...	Votre interprétation pour sa prise en charge...
< 28	Aucun problème signalé
29-56	Rares problèmes occasionnels
57-84	Problèmes à prendre en compte
>85	Problèmes ayant un fort impact au quotidien

La seconde partie se présente sous forme d'une échelle visuelle analogique portant sur la semaine passée.

Elle complète de façon plus globale et subjective le recueil détaillé de la première partie

