



Patient-ID: BE - \_ \_ \_ - \_ \_

**EORTC QLQ-C30 (version 3)**

-Date:

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.

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
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 <u>longue</u> promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors ?	1	2	3	4
4. Êtes-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
<b>Au cours de la semaine passée :</b>				
	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
6. Avez-vous été gêné(e) pour faire 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 eu 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 constipé(e) ?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P.

**Au cours de la semaine passée :**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
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 eu des difficultés à vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie <u>familiale</u> ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités <u>sociales</u> (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma... ) ?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

**Pour les questions suivantes, veuillez répondre en marquer 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



Patient-ID: BE - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

\_\_\_ - \_\_\_

Date:

**EORTC QLQ - BR23**

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

**Au cours de la semaine passée :**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
31. Avez-vous eu la bouche sèche ?	1	2	3	4
32. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ?	1	2	3	4
33. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ?	1	2	3	4
34. Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
35. 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
36. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ?	1	2	3	4
37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?	1	2	3	4
38. Avez-vous eu mal à la tête ?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
40. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
41. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ?	1	2	3	4
42. Votre corps vous a-t-il déplu ?	1	2	3	4
43. Vous êtes-vous inquiétée de votre santé pour l'avenir ?	1	2	3	4

**Au cours des quatre dernières semaines :**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
44. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ?	1	2	3	4
45. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ?	1	2	3	4
46. 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

Passez à la page suivante S.V.P.

**Au cours de la semaine passée :**

	<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Assez</b>	<b>Beaucoup</b>
47. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?	1	2	3	4
48. Avez-vous eu la main ou le bras enflé ?	1	2	3	4
49. Avez-vous eu du mal à lever le bras ou à le déplacer latéralement ?	1	2	3	4
50. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?	1	2	3	4
51. La région de votre sein traité était-elle enflée ?	1	2	3	4
52. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ?	1	2	3	4
53. Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ?	1	2	3	4

## APRÈS TRAITEMENT D'UN CANCER DU SEIN – ENQUÊTE Lymph-ICF-UL

**Patient - ID:** BE - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

**Date de la réponse :** \_\_\_\_\_

Ressentir un souci au niveau du bras à la suite d'un traitement d'un cancer du sein peut avoir des effets sur le physique et le mental.

Ce questionnaire comprend 29 questions établies sur des informations recueillies auprès de femmes qui ont suivi un tel traitement.

À côté de chaque question, vous trouverez une échelle de notation de 0 à 10. La signification des valeurs extrêmes de cette échelle est explicitée par les mots "Pas du tout" et "Énormément" ou "Très bien" et "Pas du tout". Veuillez marquer le chiffre qui convient le mieux à votre situation. La marque indique votre degré d'inconfort du bras ressenti ou de réduction d'activité. Mettez une croix sur le cercle qui se trouve à droite de l'échelle quand l'activité proposée ne vous concerne pas.

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre situation **au cours des deux dernières semaines**.

Veuillez ne laisser aucune question sans réponse.

Ceci est un questionnaire personnel et ne peut être rempli que par vous personnellement. Lorsque vous remplissez le questionnaire, ne discutez pas de vos réponses avec votre entourage immédiat.

Fonctions physiques

Dans votre bras, sentez-vous:

	Pas du tout											Énormément
1. Une sensation de lourdeur (fatigué)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Une sensation de raideur?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3. Un gonflement ?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Au niveau de votre bras, avez-vous :

4. Une perte de force?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Des picotements?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Des douleurs?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Une tension au niveau de la peau?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Fonctions mentales

Suite à vos problèmes au niveau du bras:

	Pas du tout											Énormément
8. Êtes-vous triste?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9. Vous sentez-vous découragée?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10. Manguez-vous de confiance en vous?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11. Êtes-vous tendue?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Vie domestique

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

	Très bien											Pas du tout	Pas d'application
12. Nettoyer (frotter, aspirer, balayer)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
13. Cuisiner?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
14. Repasser?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	
15. Travailler dans le jardin?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	

Mobilité

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

	Très bien	Pas du tout	Pas d'application
16. Actions au-dessus de la tête (ex. Pendre le linge)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
17. Porter des objets lourds?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
18. Dormir sur le côté affecté?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
19. Travailler à l'ordinateur (>30 min)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
20. Bronzer?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
21. Conduire?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
22. Marcher à pied (>2 km)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
23. Rouler à vélo?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>

Grands domaines de la vie et vie sociale

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

	Très bien	Pas du tout	Pas d'application
24. Partir en vacances?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
25. Pratiquer vos hobbies?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
26. Faire du sport?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
27. Portez les vêtements de votre choix?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
28. Exercer votre métier?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>
29. Vie sociale avec vos proches (ex. sorties restaurant, concerts, soirées)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  -----		<input type="radio"/>

**Merci de votre participation !**

**Votre vie quotidienne**

(Antonovsky, A. 1987)

Voici une série de questions ayant trait à divers aspects de votre vie. Pour chaque question, il y a sept réponses possibles. Cochez s'il vous plaît le nombre qui correspond le mieux à votre réponse, 1 et 7 étant des réponses extrêmes. Répondez comme si vous vous parliez à vous-mêmes et évitez de revenir en arrière pour changer vos réponses.

- 1. Vous avez le sentiment que vous ne vous souciez pas réellement de ce qui se passe autour de vous :**

1	2	3	4	5	6	7
Très rarement ou rarement						Très souvent

- 2. Vous est-il arrivé dans le passé d'être surpris(e) par le comportement de gens que vous pensiez connaître très bien ?**

1	2	3	4	5	6	7
Jamais						Toujours

- 3. Est-il arrivé que des gens sur lesquels vous comptiez vous déçoivent ?**

1	2	3	4	5	6	7
Jamais						Toujours

- 4. Jusqu'à maintenant, votre vie:**

1	2	3	4	5	6	7
N'a eu aucun but ni objectif clair						A eu des buts et des objectifs très clairs

- 5. Avez-vous le sentiment que vous êtes traité(e) injustement ?**

1	2	3	4	5	6	7
Très souvent						Très rarement où jamais



**6. Avez-vous le sentiment que vous êtes dans une situation inconnue et que vous ne savez pas quoi faire ?**

1	2	3	4	5	6	7	
Très souvent						Très rarement où jamais	

**7. Faire les choses que vous faites quotidiennement est:**

1	2	3	4	5	6	7	
Une source de plaisir et de satisfaction						Une source de souffrance profonde et d'ennui	

**8. Avez-vous des idées ou des sentiments confus(es) ?**

1	2	3	4	5	6	7	
Très souvent						Très rarement où jamais	

**9. Vous arrive-t-il d'avoir des sentiments intimes que vous préféreriez ne pas avoir ?**

1	2	3	4	5	6	7	
Très souvent						Très rarement où jamais	

**10. Beaucoup de gens (même s'ils ont beaucoup de caractère) se sentent parfois de pauvres cloches. Avez-vous déjà eu ce sentiment dans le passé ?**

1	2	3	4	5	6	7	
Jamais						Très souvent	

**11. Quand quelque chose arrive, vous trouvez généralement que :**

1	2	3	4	5	6	7	
Vous surestimez ou sous-estimez son importance						Vous voyez les choses dans de justes proportions	

**12. Avez-vous le sentiment que les choses que vous faites dans la vie quotidienne ont peu de sens?**

1	2	3	4	5	6	7
Très souvent						Très rarement où jamais

**13. Vous avez le sentiment que vous n'êtes pas sûr(e) de vous maîtriser :**

1	2	3	4	5	6	7
Très souvent						Très rarement où jamais

Date: \_\_\_\_\_

Ce questionnaire concerne votre activité physique et vos habitudes de fumer.

1. Si vous regardez le mois dernier, combien de jours par semaine avez-vous effectué au moins une activité physique (y compris la marche et le vélo) qui a duré 30 minutes ou plus?

- pas du tout
- moins q'un jour par semaine
- 1 jour par semaine
- 2 jours par semaine
- 3 jours par semaine
- 4 jours par semaine
- 5 jours par semaine
- 6 jours par semaine
- 7 jours par semaine

2. À quoi ressemble votre activité physique aujourd'hui par rapport à avant que vous receviez votre diagnostic de cancer du sein?

- Mon activité physique a augmentée
- Mon activité physique a diminuée
- Mon activité physique est pareille

3. Est-ce que vous fumez?

- Oui
- Non, jamais
- Non, mais plus tôt

Merci de votre participation!