

Quality of Life Questionnaire

Qualeffo-41

Users of this questionnaire (and all authorized translations) must adhere to the user agreement. Please use the related Scoring Algorithm.

A Douleur <i>Ces cinq questions concernent la situation au cours de la dernière semaine.</i>	
1 Combien de fois avez-vous eu mal au dos au cours de la dernière semaine?	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1 jour par semaine ou moins <input type="checkbox"/> 2-3 jours par semaine <input type="checkbox"/> 4-6 jours par semaine <input type="checkbox"/> tous les jours
2 Si vous avez eu mal au dos, quelle a été la durée de votre douleur dans la journée?	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> 1-2 heures <input type="checkbox"/> 3-5 heures <input type="checkbox"/> 6-10 heures <input type="checkbox"/> toute la journée
3 Lorsqu'il est à son maximum, quelle est l'intensité de votre mal de dos?	<input type="checkbox"/> pas de mal de dos <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> gênant <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> insupportable
4 En dehors de ce maximum, comment était votre mal de dos?	<input type="checkbox"/> pas de mal de dos <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> gênant <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> insupportable
5 Votre sommeil a-t-il été perturbé par votre mal de dos au cours de la dernière semaine?	<input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine <input type="checkbox"/> 2 fois par semaine <input type="checkbox"/> 1 nuit sur 2 <input type="checkbox"/> chaque nuit

B Activités de la vie quotidienne

Ces 4 questions suivantes concernent votre situation actuelle.

6 Avez-vous des problèmes pour vous habiller?	<input type="checkbox"/> pas de problème <input type="checkbox"/> de légers problèmes <input type="checkbox"/> des problèmes moyens <input type="checkbox"/> peuvent nécessiter un certain degré d'aide <input type="checkbox"/> impossible sans aide
7 Avez-vous des problèmes pour prendre un bain ou une douche?	<input type="checkbox"/> pas de problème <input type="checkbox"/> de légers problèmes <input type="checkbox"/> des problèmes moyens <input type="checkbox"/> peuvent nécessiter un certain degré d'aide <input type="checkbox"/> impossible sans aide
8 Avez-vous des problèmes pour vous rendre ou vous servir d'un W.C.?	<input type="checkbox"/> pas de problème <input type="checkbox"/> de légers problèmes <input type="checkbox"/> des problèmes moyens <input type="checkbox"/> peuvent nécessiter un certain degré d'aide <input type="checkbox"/> impossible sans aide
9 Comment dormez-vous?	<input type="checkbox"/> sommeil non perturbé <input type="checkbox"/> réveil occasionnel <input type="checkbox"/> réveils fréquents <input type="checkbox"/> reste régulièrement éveillé durant plusieurs heures <input type="checkbox"/> parfois je passe une nuit sans dormir

C Travaux ménagers

Les 5 questions suivantes concernent votre situation présente. Si quelqu'un d'autre que vous effectue ces tâches dans la maison, répondez comme si vous deviez les faire vous-même.

10 Etes-vous capable de faire le ménage?	<input type="checkbox"/> sans difficulté <input type="checkbox"/> avec peu de difficulté <input type="checkbox"/> avec une difficulté moyenne <input type="checkbox"/> avec de grandes difficultés <input type="checkbox"/> impossible
11 Pouvez-vous préparer les repas?	<input type="checkbox"/> sans difficulté <input type="checkbox"/> avec peu de difficulté <input type="checkbox"/> avec une difficulté moyenne

	<input type="checkbox"/> avec de grandes difficultés <input type="checkbox"/> impossible
12 Etes-vous capable de faire la vaisselle?	<input type="checkbox"/> sans difficulté <input type="checkbox"/> avec peu de difficulté <input type="checkbox"/> avec une difficulté moyenne <input type="checkbox"/> avec de grandes difficultés <input type="checkbox"/> impossible
13 Etes-vous capable de faire vos courses quotidiennes?	<input type="checkbox"/> sans difficulté <input type="checkbox"/> avec peu de difficulté <input type="checkbox"/> avec une difficulté moyenne <input type="checkbox"/> avec de grandes difficultés <input type="checkbox"/> impossible
14 Etes-vous capable de soulever un objet lourd de 10 kg (ex.: un bac de 6 bouteilles d'eau ou un enfant âgé d'un an) et de le transporter sur une distance d'au moins 10 mètres?	<input type="checkbox"/> sans difficulté <input type="checkbox"/> avec peu de difficulté <input type="checkbox"/> avec une difficulté moyenne <input type="checkbox"/> avec de grandes difficultés <input type="checkbox"/> impossible

D Déplacement

Les 8 questions suivantes concernent votre situation actuelle.

15 Pouvez-vous vous lever d'une chaise?	<input type="checkbox"/> sans difficulté <input type="checkbox"/> avec peu de difficulté <input type="checkbox"/> avec une difficulté moyenne <input type="checkbox"/> avec de grandes difficultés <input type="checkbox"/> impossible sans aide
16 Pouvez-vous vous pencher en avant?	<input type="checkbox"/> facilement <input type="checkbox"/> plus ou moins facilement <input type="checkbox"/> moyennement <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> impossible
17 Pouvez-vous vous mettre à genoux?	<input type="checkbox"/> facilement <input type="checkbox"/> plus ou moins facilement <input type="checkbox"/> moyennement <input type="checkbox"/> très peu <input type="checkbox"/> impossible

<p>18 Etes-vous capable de monter un étage d'escalier?</p>	<input type="checkbox"/> sans difficulté <input type="checkbox"/> avec peu de difficulté <input type="checkbox"/> avec une difficulté moyenne <input type="checkbox"/> avec de grandes difficultés <input type="checkbox"/> impossible
<p>19 Etes-vous capable de marcher 100 mètres?</p>	<input type="checkbox"/> rapidement sans arrêt <input type="checkbox"/> lentement sans arrêt <input type="checkbox"/> lentement avec au moins un arrêt <input type="checkbox"/> seulement avec aide <input type="checkbox"/> impossible
<p>20 Combien de fois êtes-vous sorti de chez vous au cours de la dernière semaine?</p>	<input type="checkbox"/> tous les jours <input type="checkbox"/> 5-6 jours par semaine <input type="checkbox"/> 3-4 jours par semaine <input type="checkbox"/> 1-2 jours par semaine <input type="checkbox"/> moins d'une fois par semaine
<p>21 Etes-vous capable d'utiliser un transport en commun?</p>	<input type="checkbox"/> sans difficulté <input type="checkbox"/> avec peu de difficulté <input type="checkbox"/> avec une difficulté moyenne <input type="checkbox"/> avec de grandes difficultés <input type="checkbox"/> impossible sans aide
<p>22 Avez-vous été touché par le changement de votre apparence physique à cause de l'ostéoporose (par ex. : perte de taille, élargissement de votre tour de taille, modification de l'aspect de votre dos)?</p>	<input type="checkbox"/> pas du tout <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> moyennement <input type="checkbox"/> assez <input type="checkbox"/> beaucoup

E Loisirs, activités sociales

<p>23 Pratiquez-vous une activité sportive pour le moment?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui, avec des limites <input type="checkbox"/> non, pas du tout
<p>24 Etes-vous capable de jardiner?</p>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui, avec des limites <input type="checkbox"/> non, pas du tout <input type="checkbox"/> non approprié
<p>25 Pratiquez-vous un hobby pour le moment?</p>	<input type="checkbox"/> oui

	<input type="checkbox"/> oui, avec des limites <input type="checkbox"/> non, pas du tout
26 Etes-vous capable d'aller au cinéma, au théâtre...	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui, avec des limites <input type="checkbox"/> non, pas du tout <input type="checkbox"/> il n'y a pas de théâtre ou de cinéma à une distance raisonnable de mon domicile
27 A quelle fréquence avez-vous rendu visite à des amis ou à de la famille durant les 3 derniers mois?	<input type="checkbox"/> 1 fois par semaine ou plus <input type="checkbox"/> 1-2 fois par mois <input type="checkbox"/> moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> jamais
28 A quelle fréquence avez-vous participé à des activités mondaines ou sociales (club, réunion mondaine, activité religieuse, bonnes oeuvres) au cours des 3 derniers mois?	<input type="checkbox"/> 1 fois par semaine ou plus <input type="checkbox"/> 1-2 fois par mois <input type="checkbox"/> moins d'une fois par mois <input type="checkbox"/> jamais
29 Avez-vous le sentiment que votre mal de dos ou votre handicap vous gêne dans votre intimité (y compris vos activités sexuelles)?	<input type="checkbox"/> pas du tout <input type="checkbox"/> un peu <input type="checkbox"/> moyennement <input type="checkbox"/> sévèrement <input type="checkbox"/> non approprié

F Perception de votre santé en général

30 En général et pour votre âge, considèreriez-vous votre santé comme:	<input type="checkbox"/> excellent <input type="checkbox"/> good <input type="checkbox"/> satisfaisante <input type="checkbox"/> médiocre <input type="checkbox"/> mauvaise
31 Comment qualifieriez-vous votre qualité de vie globale au cours de la dernière semaine?	<input type="checkbox"/> excellent <input type="checkbox"/> good <input type="checkbox"/> satisfaisante <input type="checkbox"/> médiocre <input type="checkbox"/> mauvaise
32 Comment qualifieriez-vous votre qualité de vie globale par rapport à il y a 10 ans?	<input type="checkbox"/> beaucoup mieux maintenant <input type="checkbox"/> un peu mieux maintenant <input type="checkbox"/> sans changement <input type="checkbox"/> légèrement plus mal

	<input type="checkbox"/> beaucoup plus mal
--	--

G Humeur / Fonction mentale

Les 9 questions suivantes concernent votre situation au cours de la dernière semaine.

<p>33 Avez-vous tendance à vous sentir fatigué?</p>	<input type="checkbox"/> il le matin <input type="checkbox"/> l'après-midi <input type="checkbox"/> uniquement le soir <input type="checkbox"/> après une activité intense <input type="checkbox"/> presque jamais
<p>34 Vous sentez-vous déprimé?</p>	<input type="checkbox"/> presque tous les jours <input type="checkbox"/> 3 à 5 jours par semaine <input type="checkbox"/> 1 à 2 jours par semaine <input type="checkbox"/> une fois de temps en temps <input type="checkbox"/> presque jamais
<p>35 Vous sentez-vous isolé?</p>	<input type="checkbox"/> presque tous les jours <input type="checkbox"/> 3 à 5 jours par semaine <input type="checkbox"/> 1 à 2 jours par semaine <input type="checkbox"/> une fois de temps en temps <input type="checkbox"/> presque jamais
<p>36 Vous sentez-vous pleine d'énergie?</p>	<input type="checkbox"/> presque tous les jours <input type="checkbox"/> 3 à 5 jours par semaine <input type="checkbox"/> 1 à 2 jours par semaine <input type="checkbox"/> une fois de temps en temps <input type="checkbox"/> presque jamais
<p>37 Etes-vous pleine d'espoir dans votre avenir?</p>	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> toujours
<p>38 Vous fâchez-vous pour de petits détails?</p>	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> toujours
<p>39 Trouvez-vous facile d'avoir des contacts avec les gens?</p>	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent

	<input type="checkbox"/> toujours
40 Vous sentez-vous dans de bonnes dispositions la plupart de la journée?	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> toujours
41 Avez-vous peur de vous retrouver en état de dépendance totale?	<input type="checkbox"/> jamais <input type="checkbox"/> rarement <input type="checkbox"/> parfois <input type="checkbox"/> assez souvent <input type="checkbox"/> toujours