



## Questionnaire sur la santé

### Version française pour la France

DATE D'EXAMINATION: \_\_\_\_\_

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

N° DE PATIENT: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

#### INTERVALLE D'EXAMEN

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> avant l'intervention            | <input type="checkbox"/> 3 ans après                | <input type="checkbox"/> 10 ans après l'intervention |
| <input type="checkbox"/> 6 semaines après l'intervention | <input type="checkbox"/> 4 ans après                | <input type="checkbox"/> 11 ans après l'intervention |
| <input type="checkbox"/> 3 mois après l'intervention     | <input type="checkbox"/> 5 ans après l'intervention | <input type="checkbox"/> 12 ans après l'intervention |
| <input type="checkbox"/> 6 mois après l'intervention     | <input type="checkbox"/> 6 ans après l'intervention | <input type="checkbox"/> 13 ans après l'intervention |
| <input type="checkbox"/> 9 mois après l'intervention     | <input type="checkbox"/> 7 ans après l'intervention | <input type="checkbox"/> 14 ans après l'intervention |
| <input type="checkbox"/> 1 an après l'intervention       | <input type="checkbox"/> 8 ans après l'intervention | <input type="checkbox"/> 15 ans après l'intervention |
| <input type="checkbox"/> 2 ans après l'intervention      | <input type="checkbox"/> 9 ans après l'intervention |  |

#### Instructions

Veuillez indiquer, pour chacune des rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui, en cochant la case appropriée.

#### Mobilité

- Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied ☐
- J'ai des problèmes pour me déplacer à pied ☐
- Je suis obligé(e) de rester alité(e) ☐

#### Autonomie de la personne

- Je n'ai aucun problème pour prendre soin de moi ☐
- J'ai des problèmes pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e) ☐
- Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e) ☐

#### Activités courantes (exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes ☐
- J'ai des problèmes pour accomplir mes activités courantes ☐
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes ☐

#### Douleurs / gêne

- Je n'ai ni douleur ni gêne ☐
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s) ☐
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s) ☐

## Anxiété / Dépression

Je ne suis ni anxieux(se) ni déprimé(e)

☐

Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)

☐

Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

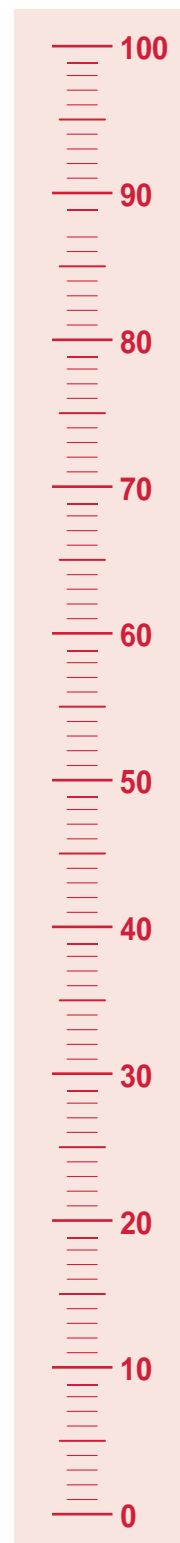
☐

Meilleur état de  
santé imaginable

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

**Votre état de santé  
aujourd'hui**



Pire état de santé  
imaginable