

# QLQ-C30 OBALISC

## Introduction

---



Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre de votre participation au projet OBALISC.

Dans ce questionnaire, nous nous intéressons à vous et à votre qualité de vie.

Répondez vous-même à toutes les questions en cliquant sur le bouton qui correspond le mieux à votre situation.

Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse.

Ces informations sont strictement confidentielles.

Merci de votre participation !

## Partie 1

---

### Au cours de la semaine passée

**Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous des difficultés à faire une longue promenade ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous des difficultés à faire un petit tour dehors ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux W.C. ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Etes-vous limité(e) d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

## Partie 2

---

### Au cours de la semaine passée

**Avez-vous eu le souffle court ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous eu mal ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous eu besoin de repos ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Vous êtes-vous senti(e) faible ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous manqué d'appétit ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous eu des nausées (mal au coeur) ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous vomi ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous été constipé(e) ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Partie 3**

---

**Au cours de la semaine passée**

**Avez-vous eu de la diarrhée ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Étiez-vous fatigué(e) ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Vous êtes-vous fait du souci ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Vous êtes-vous senti(e) irritable ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné dans votre vie familiale ?**

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

**Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné dans vos activités sociales (par exemple**

sortir avec des amis, aller au cinéma...) ?

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?

Pas du tout  Un peu  Assez  Beaucoup

#### Partie 4

---

Pour les deux questions suivantes, cochez la case qui s'applique le mieux à votre situation, la 1ère correspondant à "Très mauvais" et la dernière à "Excellent".

Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre état physique au cours de la semaine passée ?

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

#### Commentaires

---

Commentaires (Nombre de caractères restants : 150)