

Questionnaires Observance Mdicale Et Sf 36

Please complete the survey below.

Thank you!

Si votre patient ne peut pas remplir le questionnaire en ligne, merci de le télécharger et de le lui donner à remplir sous format papier.

1) Date de remplissage par le patient _____

Test d'évaluation de l'observance selon X. Girerd

INSTRUCTIONS

Ce questionnaire porte sur votre observance médicale. Répondez par "Yes" ou par "No" à chacune de ces 6 questions en reportant votre réponse dans la case appropriée. Merci de répondre à toutes les questions.

Merci de compléter ce questionnaire.

2) Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?

Oui Non

3) Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?

Oui Non

4) Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?

Oui Non

5) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?

Oui Non

6) Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

Oui Non

7) Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Oui Non

Questionnaire qualité de vie SF 36

INSTRUCTIONS

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Merci de compléter ce questionnaire.

- 8) 1. En général, diriez vous que votre santé est :
- Excellente
 - Très bonne
 - Bonne
 - Médiocre
 - Mauvaise
- 9) 2. Par comparaison avec il y a 6 mois, diriez vous que votre santé est aujourd'hui ?
- Bien meilleure qu'il y a 6 mois
 - Un peu meilleure qu'il y a 6 mois
 - A peu près pareille qu'il y a 6 mois
 - Un peu moins bonne qu'il y a 6 mois
 - Pire qu'il y a 6 mois

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

- | | "Oui, très limité(e)" (1) | "Oui, un peu limité(e)" (2) | "Pas limité(e) du tout " (3) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 10) a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11) b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12) c. Soulever et porter les courses | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13) d. Monter plusieurs étages à la suite | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14) e. Monter un seul étage | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15) f. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16) g. Marcher plus d'un km et demi | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17) h. Marcher plus de 500 mètres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18) i. Marcher 100 mètres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19) j. Prendre un bain, une douche ou s'habiller | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

- | | Oui | Non |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 20) a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21) b. Avez-vous accompli moins de choses que vous le l'auriez souhaité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22) c. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23) d. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu les difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux :

- | | Oui | Non |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 24) a. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25) b. Avez-vous accompli moins de choses que vous ne l'auriez souhaité | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26) c. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27) 6. Au cours des 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? | <input type="radio"/> Pas du tout
<input type="radio"/> Un petit peu
<input type="radio"/> Moyennement
<input type="radio"/> Beaucoup
<input type="radio"/> Enormément | |
| 28) 7. Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ? | <input type="radio"/> Nulle
<input type="radio"/> Très faible
<input type="radio"/> Faible
<input type="radio"/> Moyenne
<input type="radio"/> Grande
<input type="radio"/> Très grande | |
| 29) 8. Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? | <input type="radio"/> Pas du tout
<input type="radio"/> Un petit peu
<input type="radio"/> Moyennement
<input type="radio"/> Beaucoup
<input type="radio"/> Enormément | |

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

- | | En permanence | Très souvent | Souvent | Quelque fois | Rarement | Jamais |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 30) a. Vous vous êtes senti(e) dynamique ? | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31) b. Vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32) c. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33) d. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34) e. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35) f. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36) g. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37) h. Vous vous êtes senti(e) heureux (se) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38) i. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39) 10. Au cours des 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie et vos relations avec les autres, votre famille et vos connaissances ? | | | | | | |
- En permanence
 Une bonne partie du temps
 De temps en temps
 Rarement
 Jamais

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas :

- | | Totalement vraie | Plutôt vraie | Je ne sais pas | Plutôt fausse | Totalement fausse |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 40) a. Je tombe malade plus facilement que les autres | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 41) b. Je me porte aussi bien que n'importe qui | <input type="radio"/> |
| 42) c. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade | <input type="radio"/> |
| 43) d. Je suis en excellente santé | <input type="radio"/> |

Merci d'avoir rempli ce questionnaire. Avant de terminer, veuillez vérifier que vous avez bien répondu à toutes les questions.