

QWBSA FRENCH 101

Quality of Well-Being Scale, Self-Administered (QWB-SA): French V2.01

Site:			Patient Name Code:					Sequence:			Month:	Day:	Year:	

<input type="radio"/> Baseline	<input type="radio"/> 30 days	<input type="radio"/> 90 days	<input type="radio"/> 180 days	<input type="radio"/> 365 days	<input type="radio"/> Other: _____
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

Ce questionnaire porte sur des problèmes de santé que vous avez peut-être eu au cours des 3 derniers jours (ne tenez pas compte d'aujourd'hui). Vérifier que vous avez répondu à toutes les questions. Nous vous remercions par avance de l'attention avec laquelle vous remplirez ce questionnaire.

Partie I – Acute and Chronic Symptoms		
1. En ce moment, avez vous les problèmes de santé suivant	OUI	NON
Par exemple, comptez le petit cercle:	λ	○
a. Etes-vous aveugle, voyez vous très mal des deux yeux?	○	○
Etes-vous aveugle, voyez vous très mal d'un seul œil?	○	○
b. Avez-vous des difficultés à parler (par exemple : vous avez un cheveu sur la langue, vous bégayez, vous avez du mal à parler clairement)?	○	○
c. Etes-vous amputé ou paralysé d'un ou de plusieurs membres (main, bras, jambe ou pied)?	○	○
Etes-vous amputé ou paralysé d'un ou de plusieurs doigts ou orteils?	○	○
d. Avez-vous une déformation du visage, des doigts, d'une main ou d'un bras, d'un pied ou d'une jambe, ou du dos (une grave scoliose)?	○	○
e. Vous sentez-vous très fatigué(e) ou physiquement très faible?	○	○
f. Avez-vous des problèmes de prise de poids ou de perte de poids involontaires?	○	○
g. Avez-vous un problème de poids (vous êtes trop gros ou trop maigre)?	○	○
h. Avez-vous du mal à bien mâcher les aliments?	○	○
i. Entendez-vous mal, êtes-vous sourd (e)?	○	○
j. Avez-vous des problèmes de peau très importants (acné sévère, grande(s) brûlure(s) ou grande(s) cicatrice(s) sur le visage ou le corps)?	○	○
k. Avez-vous de l'eczéma, de l'urticaire, une éruption qui vous brûle ou vous démange?	○	○

Utilisez vous un ou plusieurs des appareils suivants?	OUI	NON
- dentier?	○	○
- bouteille d'oxygène?	○	○
- prothèse d'un membre?	○	○
- lunettes de vue ou lentille de contact?	○	○
- appareil auditif?	○	○
- loupe (pour voir ou lire)?	○	○
- appareil orthopédique (par exemple, minerve, corset, chaussure orthopédique)?	○	○

Site:		

Patient Name Code:				

Sequence:		

Month:		Day:		Year:	

<input type="radio"/> Baseline	<input type="radio"/> 30 days	<input type="radio"/> 90 days	<input type="radio"/> 180 days	<input type="radio"/> 365 days	<input type="radio"/> Other: _____
--------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

2. Au cours des trois derniers jours (sans tenir compte d'aujourd'hui) avez vous eu un ou plusieurs des problèmes suivants? Si vous n'aviez aucun problème, cochez la case "aucun jour". Si vous avez eu un problème au cours des trois derniers jours, cochez le ou les jours où vous l'avez eu.

Partie I – (a continu) (pour répondre aux questions, cochez le ou les jours concerné) :	Aucun jour	Hier	Il y a deux jours	Il y a trois jours
Par exemple, si vous avez eu mal à la tête vous cochez les cases comme cela:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A. Avez-vous eu des problèmes de vision non corrigés par des lunettes ou des lentilles de contact (par exemple, loucher, voir de façon déformée, voir des éclairs ou des mouches volantes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Avez-vous eu une douleur, une irritation, une infection ou une sup-puration d'un ou des deux yeux, ou une sensibilité excessive à la lumière?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Avez-vous eu mal à la tête?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Avez-vous eu des vertiges, des douleurs ou des bourdonnements dans les oreilles?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Avez-vous eu du mal à entendre, un écoulement ou un saignement de l'oreille?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Avez-vous eu le nez bouché, le nez qui coule ou des saignements de nez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. Avez-vous eu mal à la gorge, des difficultés à avaler ou la voix enrouée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H. Avez-vous eu mal aux dents ou à la mâchoire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I. Avez-vous eu les lèvres, la langue ou les gencives blessées ou qui saignent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J. Avez-vous toussé ou eu une respiration sifflante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K. Avez-vous eu le souffle court ou du mal à respirer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L. Avez-vous eu des douleurs ou une gêne dans la poitrine, une sensation d'oppression, des palpitations ou des battements de coeur rapides ou irréguliers?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M. Avez-vous eu mal à l'estomac, mal au ventre, des nausées, des brûlures d'estomac, de l'acidité gastrique ou des vomissements?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N. Avez-vous eu des problèmes de transit intestinal (diarrhée, constipation), un saignement anal, des selles noires, une douleur ou une gêne au niveau ana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K. Avez-vous eu des douleurs ou des brûlures en urinant, ou du sang dans les urines?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
P. Avez-vous uriné involontairement, avez uriné fréquemment la nuit ou avez-vous eu du mal à uriner? (A tester)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Q. Avez-vous eu des douleurs, une irritation, une sensation de brûlure ou des écoulements anormaux au niveau des organes sexuels (ne pas tenir compte des règles normales), ou des douleurs dans le bas ventre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
R. Avez-vous eu une fracture d'un membre, bras, poignet, jambe, pied ou de tout autre os (à l'exception du dos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous eu des douleurs, des raideurs, des crampes, une faiblesse ou un engourdissement :				
S. dans le cou ou le dos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
T. dans les hanches, les côtes, les genoux ou le dos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U. dans une articulation ou un muscle des mains, des pieds ou des jambes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QWBSA FRENCH 303

Site:

Patient Name Code:

Sequence:

Month:	Day:	Year:

<input type="radio"/> Baseline <input type="radio"/> 30 days <input type="radio"/> 90 days <input type="radio"/> 180 days <input type="radio"/> 365 days <input type="radio"/> Other: _____

Partie I (a continu)

(pour répondre aux questions, cochez le ou les jours concerné) :	Aucun jour	Hier	Il y a deux jours	Il y a trois jours
V. Un gonflement des chevilles, des mains des pieds ou du ventre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
W. Avez-vous eu de la fièvre, des frissons ou une transpiration excessive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
X. Avez-vous perdu connaissance, vous êtes-vous évanoui(e) ou?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Y. Avez-vous des eu problèmes d'équilibre, des difficultés à vous tenir debout ou à marcher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Les questions qui suivent concernent vos sentiments, vos pensées et votre façon de vous comporter.

(pour répondre aux questions, cochez le ou les jours concerné) :	Aucun jour	Hier	Il y a deux jours	Il y a trois jours
A. Avez-vous eu du mal à vous endormir ou avez-vous mal dormi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Vous êtes-vous senti nerveux(se) ou tendu(e)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C. Avez-vous eu des moments de cafard, de découragement ou d'abattement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D. Avez-vous été très inquiet (e) ou anxieux (se)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E. Vous êtes-vous senti(e) dépassé(e) par ce qui vous arrivait?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ou isolé(e)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G. Vous êtes-vous senti(e) agacé(e), énervé(e) ou sur le point de vous mettre en colère?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H. Avez-vous eu la bouche empâtée et sèche par suite d'un excès de boisson?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I. Avez-vous eu moins de désir ou d'activité sexuels?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J. Avez-vous eu du mal à comprendre ce que l'on vous disait ou ce que vous lisiez, ou avez-vous eu des problèmes de mémoire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K. Avez-vous eu des idées ou des images que vous ne pouviez pas à chasser de votre esprit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L. Avez-vous dû prendre des médicaments prescrits ou en vente libre (aspirine ; médicaments contre les allergies ; insuline, oestrogènes; médicament pour la thyroïde ; corticoïdes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M. Avez-vous suivi un régime alimentaire prescrit par un médecin pour des raisons de santé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N. Avez-vous manqué d'appétit ou avez-vous trop mangé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Au cours des trois derniers jours (sans tenir compte d'aujourd'hui) avez-vous eu un problème de santé ou des douleurs qui ne figurent pas dans les questions précédentes? (entourez oui ou non)

	OUI	NON
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, indiquez quel problème de santé et quel jour vous les avez eu :	Aucun jour	Hier
	Il y a deux jours	Il y a trois jours
4a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4b.

QWBSA FRENCH 404

Site:

Patient Name Code:

Sequence:

Month:	Day:	Year:

<input type="radio"/> Baseline <input type="radio"/> 30 days <input type="radio"/> 90 days <input type="radio"/> 180 days <input type="radio"/> 365 days <input type="radio"/> Other: _____

Partie II - Les soins médicaux et les soins personnels

Au cours des trois derniers jours (cochez le ou les jours concernés)	Aucun jour	Hier	Il y a deux jours	Il y a trois jours
5a. Avez-vous passé une partie de la journée ou de la nuit comme patient(e) dans un hôpital, un centre de soins ou de rééducation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5b. A cause d'un handicap ou d'un problème de santé, avez-vous eu besoin, d' aide pour manger, vous laver, vous habiller, aller aux toilettes, vous déplacer chez vous, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie III - Les déplacements

Au cours des trois derniers jours (cochez le ou les jours concernés)	Aucun jour	Hier	Il y a deux jours	Il y a trois jours
6a. Quel jour avez-vous conduit un véhicule à moteur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6b. Quel jour avez-vous utilisé les transports en commun (par exemple, bus, minibus, métro, train, avion)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6c. Quel jour avez-vous été empêché de conduire un véhicule à moteur ou d'utiliser les transports en commun à cause d'un problème de santé ou parce que vous aviez besoin de l'aide de quelqu'un?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie IV - Activité physique

Au cours des trois derniers jours (cochez le ou les jours concerné)	Aucun jour	Hier	Il y a deux jours	Il y a trois jours
7a. Avez-vous eu du mal à monter ou descendre des escaliers, des pentes ou des trottoirs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7b. Avez-vous évité de marcher, eu du mal à marcher, ou marcher plus lentement que des personnes de votre âge?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7c. Avez-vous boité, utilisé une canne, des cannes anglaises, des béquilles ou un déhambulateur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7d. Avez-vous eu du mal à vous pencher, à vous agenouiller ou à vous accroupir, ou avez-vous évité de faire ces mouvements?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7e. Avez-vous eu du mal à soulever ou à porter des objets courants (des livres, une valise ou un sac, les courses)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7f. Avez-vous été limité dans vos mouvements d'une autre manière?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7g. Avez-vous passé la plus grande partie de la journée ou toute la journée, au lit, sur un canapé ou un autre siège, à cause de votre santé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7h. Avez-vous passé la plus grande partie de la journée ou toute la journée dans un fauteuil roulant?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7h1. Si oui, quel jour avez-vous eu besoin de quelqu'un pour le déplacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

QWBSA FRENCH 505

Site:	Patient Name Code:	Sequence:	Month:	Day:	Year:

Baseline
 30 days
 90 days
 180 days
 365 days
 Other: _____

Partie V - Activités habituelles				
Au cours des trois derniers jours (cochez le ou les jours concerné)	Aucun jour	Hier	Il y a deux jours	Il y a trois jours
8a. A cause de votre état physique ou psychologique, quel jour avez-vous renoncé à certains de vos travaux habituels, dans votre métier, dans vos études ou à la maison ; ou encore quel jour avez-vous eu besoin d'aide pour les faire ; ou été limité pour les faire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8b. A cause de votre état physique ou psychologique, quel jour avez-vous renoncé à certaines de vos occupations habituelles, comme les visites à votre famille ou vos amis, vos passe-temps, vos loisirs, aller à l'église ou faire les magasins ; ou encore quel jour avez-vous dû les limiter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8c. A cause de votre état physique ou psychologique, quel jour avez-vous dû changer vos plans ou modifier des activités qui ne figurent pas dans les deux questions précédentes? Précisez lesquelles:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9a. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : <input type="radio"/> – Excellente <input type="radio"/> – Très bonne <input type="radio"/> – Bonne <input type="radio"/> – Médiocre <input type="radio"/> – Mauvaise	9b. <u>Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment?</u> <input type="radio"/> – Bien meilleur que l'an dernier <input type="radio"/> – Plutôt meilleur <input type="radio"/> – A peu près pareil <input type="radio"/> – Plutôt moins bon <input type="radio"/> – Beaucoup moins bon
---	--

9c. L'échelle suivante va de 0 à 100.

0 représente le pire état de santé que l'on puisse craindre, 100 représente une santé parfaite. Choisissez le chiffre qui correspond, selon vous, à votre état de santé au cours des trois derniers jours en moyenne.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Copyright 1996, Tous droits réservés. Modification, la duplication ou la nouvelle distribution sous quelque forme strictement interdite sans autorisation écrite, M. Robert Kaplan, Theodore G. Ganiats, et William J. Sieber. Questions 9a et 9b sont accessibles au public par le droit d'auteur détenus par la RAND CORP.