

DATE :    /    /

**NOM :**

**PRENOM :**

## TLS-QoL<sub>10</sub>

- |  |                                      |                                     |                                   |                                       |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>1-</b> Votre état de santé affecte-t-il votre autonomie ?                     | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Modérément | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Enormément   |
| <b>2-</b> Votre état de santé affecte-t-il vos activités physiques habituelles ? | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Modérément | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Enormément   |
| <b>3-</b> Votre maladie vous gêne-t-elle dans vos activités quotidiennes ?       | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Modérément | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Enormément   |
| <b>4-</b> Ressentez-vous une douleur physique ?                                  | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| <b>5-</b> Vous sentez-vous vulnérable ?  | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| <b>6-</b> Avez-vous le sentiment de vous isoler ?                                | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| <b>7-</b> Craignez-vous une évolution de votre maladie ?                         | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| <b>8-</b> Vous sentez-vous découragé(e) ?  | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Modérément | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Enormément   |
| <b>9-</b> Vous sentez-vous fatigué(e) ?  | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| <b>10-</b> Avez-vous des troubles du sommeil ?                                   | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |

DATE : / /

**NOM :**

**PRENOM :**

## DC-10

- |   |                                      |                                     |                                   |                                       |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 1- Avez-vous le sentiment de culpabiliser ?                   | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| 2- J'ai tendance à rester au lit.                             | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| 3- Vous sentez-vous frustré(e) face à votre maladie ?         | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| 4- Je me lamente sur mon sort.                                | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| 5- Vous accordez-vous du temps pour des activités sportives ? | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Modérément | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Enormément   |
| 6- Vous sentez-vous combatif(ve) face à votre maladie ?       | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| 7- Je me fais plaisir dès que l'occasion se présente.         | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| 8- Faites-vous des projets pour vous-même ?                   | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |
| 9- Mieux m'organiser peut-il améliorer ma santé ?             | <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Modérément | <input type="checkbox"/> Beaucoup | <input type="checkbox"/> Enormément   |
| 10- Je demande des conseils à une personne de confiance.      | <input type="checkbox"/> Jamais      | <input type="checkbox"/> Parfois    | <input type="checkbox"/> Souvent  | <input type="checkbox"/> Très souvent |

MERCI D'AVOIR REPONDU A CE QUESTIONNAIRE