

HM-PRO

Veuillez lire l'introduction avant de commencer à répondre à ce questionnaire.

Introduction

Ce questionnaire a pour objectif d'obtenir votre point de vue sur l'impact de la maladie et/ou du traitement sur votre vie quotidienne.

La **PARTIE A** concerne différents aspects de vos activités du quotidien et la **PARTIE B** porte sur les symptômes dus à votre maladie et/ou au traitement que vous recevez.

PARTIE A

Si le domaine abordé n'est pas un problème pour vous, cochez la case :

« PAS DU TOUT »

Si votre maladie hématologique a un impact sur le domaine abordé, indiquez à quel point en cochant l'une des cases :

« UN PEU » ; « BEAUCOUP »

Si l'une des affirmations ne vous concerne pas, cochez la case :

« NE ME CONCERNE PAS »

PARTIE B

Si vous n'avez pas ce symptôme, cochez la case :

« PAS DU TOUT »

Si ce symptôme vous concerne, indiquez son intensité en cochant l'une des cases :

« LÉGER » « SÉVÈRE »

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si vous n'êtes pas sûr(e) de la réponse à donner, choisissez celle qui vous correspond le mieux.

Les informations que vous fournirez resteront strictement confidentielles.

Veuillez fournir les renseignements suivants :

Identifiant du patient :

Date de naissance :

Date du jour :

PARTIE A

COCHEZ LA CASE DÉCRIVANT LE MIEUX L'IMPACT QUE LA MALADIE HÉMATOLOGIQUE A SUR VOUS ET **CE QUE VOUS RESSENTEZ PAR RAPPORT À CELA AUJOURD'HUI**

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Ne me concerne pas</i>
A. Les affirmations suivantes décrivent...				
<i>...votre état physique</i>				
1. J'ai des difficultés à marcher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai des difficultés à prendre soin de moi (m'habiller, me laver, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai des difficultés à faire du sport/une activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai des difficultés à me déplacer (en bus, en train, en avion ou en voiture).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai des difficultés à quitter mon domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai des difficultés à travailler (ou à étudier).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai des difficultés à partir en vacances.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Les affirmations suivantes décrivent...				
<i>...votre bien-être sur le plan social</i>				
1. J'ai des difficultés à interagir avec les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai des difficultés à être proche de ma famille et de mes amis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je rencontre des problèmes dans ma vie sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Les affirmations suivantes décrivent...				
<i>...votre état émotionnel</i>				
1. Je m'inquiète d'être une charge pour les autres.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je m'inquiète du jugement des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je m'inquiète de mon apparence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me sens angoissé(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens anxieux(-se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis inquiet(-e) à l'idée de mourir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai moins confiance en moi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je m'inquiète pour ma santé à l'avenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mon rythme de sommeil a changé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai des difficultés à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai des inquiétudes concernant mon traitement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous lu et répondu à toutes les affirmations de cette page ?

COCHEZ LA CASE DÉCRIVANT LE MIEUX L'IMPACT QUE LA MALADIE HÉMATOLOGIQUE A SUR VOUS ET **CE QUE VOUS RESSENTEZ PAR RAPPORT À CELA AUJOURD'HUI**

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Ne me concerne pas</i>
D. Les affirmations suivantes décrivent... ...alimentation et boissons				
1. J'ai des troubles de l'appétit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mes habitudes alimentaires ont changé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mes habitudes de consommation de boissons ont changé .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inscrivez ci-dessous vos commentaires éventuels sur l'impact de la maladie ou du traitement sur votre vie quotidienne dans d'autres domaines.

Commentaires :

Avez-vous lu et répondu à toutes les affirmations de cette page ?

[Veillez tourner la page.](#)

PARTIE B

VEUILLEZ COCHER LA CASE DÉCRIVANT LE MIEUX VOS SYMPTÔMES **AU COURS DES TROIS DERNIERS JOURS**

Les affirmations suivantes décrivent les symptômes de la maladie ou les effets secondaires du traitement.

	<i>Pas du tout</i>	<i>Léger</i>	<i>Sévère</i>
1. J'ai eu de la fièvre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai eu des maux de ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mon énergie m'a posé des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai perdu mes cheveux.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me suis senti(e) fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai eu mal au dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mon goût m'a posé des problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai eu des difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai eu des problèmes de peau (démangeaisons, bleus, éruptions cutanées, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai eu des maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai été constipé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai eu des grosseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai eu des douleurs dans le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai eu des infections (pulmonaire, urinaire, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai eu des sueurs nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai eu la diarrhée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai eu la nausée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai eu des douleurs dans la poitrine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inscrivez ci-dessous les autres symptômes qui vous inquiètent ou vos commentaires éventuels.

Avez-vous lu et répondu à toutes les affirmations de cette page ?

Merci.

* **Heure de fin :** _____