

**CONFIDENTIEL**

Mesure des résultats rapportés par les patients atteints d'hémopathie maligne  
**(HM-PRO)**

*Veuillez lire l'introduction avant de commencer à remplir le questionnaire.*

**Introduction**

Dans ce questionnaire, nous sollicitons votre avis sur la manière dont votre maladie et/ou votre traitement affectent votre vie quotidienne.

La **PARTIE A** porte sur différents aspects de vos activités quotidiennes et la **PARTIE B** porte sur les symptômes que vous éprouvez en raison de votre maladie et/ou du traitement que vous recevez.

**PARTIE A**

Si l'aspect en question n'est d'aucune manière un problème pour vous, veuillez cocher la case marquée :

**« PAS DU TOUT »**

Si l'aspect en question est affecté par votre hémopathie, veuillez indiquer dans quelle mesure il est affecté en cochant l'une des cases marquées :

**« UN PEU »; « BEAUCOUP »**

Si un énoncé ne s'applique pas à vous, veuillez cocher la case marquée :

**« NE S'APPLIQUE PAS »**

**PARTIE B**

Si vous n'éprouvez pas ce symptôme, veuillez cocher la case marquée :

**« PAS DU TOUT »**

Si vous présentez le symptôme, veuillez indiquer sa gravité en cochant l'une des cases marquées :

**« LÉGERS »; « GRAVES »**

Il n'y a pas de « bonnes » ou de « mauvaises » réponses. Si vous n'êtes pas certain(e) de la manière de répondre à une question, veuillez fournir la meilleure réponse que vous pouvez.

Les informations que vous nous fournissez resteront strictement confidentielles.

Veuillez remplir les champs suivants :

Numéro  
d'identification  
du patient :

**\* Heure de début :** \_\_\_\_\_

Date de  
naissance :

Date d'aujourd'hui :

## PARTIE A

VEUILLEZ COCHER LA CASE QUI DÉCRIT LE MIEUX LA MANIÈRE DONT VOTRE HÉMOPTHIE VOUS AFFECTE ET LA MANIÈRE DONT VOUS VOUS SENTEZ À PROPOS DE CES CHOSES AUJOURD'HUI.

### A. Les énoncés suivants décrivent votre fonctionnement physique

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Ne s'applique pas
1. J'ai de la difficulté à marcher .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai de la difficulté à prendre soin de moi (p. ex. m'habiller, prendre mon bain, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai de la difficulté à pratiquer des activités physiques/sportives.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai de la difficulté dans les déplacements (p. ex. bus, train, avion, et voiture).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai de la difficulté à sortir de la maison .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai de la difficulté avec le travail (ou les études) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai de la difficulté à aller en vacances .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B. Les énoncés suivants décrivent votre bien-être du point de vue social

1. J'ai de la difficulté à socialiser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai de la difficulté dans les relations interpersonnelles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai des problèmes dans ma vie sexuelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. Les énoncés suivants décrivent votre comportement du point de vue émotionnel

1. Je m'inquiète d'être un fardeau pour les autres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je suis préoccupé(e) par l'idée que les autres me jugent.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je m'inquiète au sujet de mon apparence.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je ressens de la détresse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens anxieux(-euse) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis inquiet(-ète) de mourir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je n'ai pas confiance en moi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je m'inquiète pour ma santé future .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mes habitudes de sommeil ont changé.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai de la difficulté à me concentrer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je m'inquiète à propos des traitements .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avez-vous lu et répondu à tous les énoncés de cette page?

VEUILLEZ COCHER LA CASE QUI DÉCRIT LE MIEUX LA MANIÈRE DONT VOTRE HÉMOPATHIE VOUS AFFECTE ET  
**LA MANIÈRE DONT VOUS VOUS SENTEZ À PROPOS DE CES CHOSES AUJOURD'HUI.**

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Ne s'applique pas
<b>D. Les énoncés suivants décrivent vos habitudes alimentaires et votre consommation de boissons</b>				
1. J'ai des problèmes avec mon 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 en matière de consommation de boissons ont changé .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Veillez écrire ci-dessous des commentaires au sujet de tout autre aspect de votre vie quotidienne qui a été affecté par votre maladie ou le traitement.**

Commentaires :

Avez-vous lu et répondu à tous les énoncés de cette page?

**Veillez passer à la page suivante.**

## PARTIE B

VEUILLEZ COCHER LA CASE QUI DÉCRIT LE MIEUX LES SYMPTÔMES QUE VOUS AVEZ ÉPROUVÉS  
**AU COURS DES TROIS DERNIERS JOURS.**

<i>Les énoncés suivants décrivent les symptômes liés à la maladie ou les effets secondaires liés au traitement.</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Légers</i>	<i>Graves</i>
1. J'ai ou j'ai eu de la fièvre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai des maux d'estomac .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai des problèmes avec mon niveau d'énergie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je perds des cheveux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me sens fatigué(e) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai mal au dos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai des problèmes avec mon sens du goût .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai de la difficulté à respirer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai des problèmes de peau (p. ex. démangeaisons, bleus, éruptions cutanées, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai des maux de tête .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Je suis constipé(e).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. J'ai des bosses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai des douleurs corporelles.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. J'ai des infections (p. ex. respiratoires, pulmonaires, urinaires, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai des sueurs nocturnes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'ai la diarrhée.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'ai des nausées.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai ou j'ai eu des douleurs à la poitrine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Veillez écrire ci-dessous tout autre symptôme qui vous préoccupe ou tout autre commentaire dont vous aimeriez nous faire part.***

Avez-vous lu et répondu à tous les énoncés de cette page?

Merci!

\* **Heure de fin :** \_\_\_\_\_