

Centre : [][][]

PATIENT[][]

SF 36

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Si vous ne savez pas répondre choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : Excellente 1 - Très bonne 2 – Bonne 3 - Médiocre 4 - Mauvaise 5	<input type="checkbox"/>	2. Par rapport à l'année dernière à la même époque comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ? Bien meilleur que l'an dernier 1 - Plutôt meilleur 2 - A peu près pareil 3 - Plutôt moins bon 4 - Beaucoup moins bon 5	<input type="checkbox"/>
3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire 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 1	Oui un peu limité 2	Non, pas du tout limité 3
Efforts physiques importants (courir, soulever un objet lourd, faire du sport,etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soulever et porter les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monter un étage par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher plus d'1 km à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher plusieurs centaines de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcher une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique (Oui 1 non 2)			
avez vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	avez vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	<input type="checkbox"/>
avez vous dû arrêter de faire certaines choses	<input type="checkbox"/>	avez vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité (par exemple, cela vous a demandé un effort supplémentaire)	<input type="checkbox"/>
5. Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (Oui 1 non 2) (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e))			
avez vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles	<input type="checkbox"/>	avez vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>		
6. Au cours des 4 dernières semaines dans quelle mesure votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a t-il gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres (famille, amis, connaissances) ? Pas du tout 1 - Un petit peu 2 - Moyennement 3 - Beaucoup 4 - Enormément 5			
7. Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ? <input type="checkbox"/>			
Nulle1 - Très faible 2 - Faible 3 - Moyenne 4 - Grande 5 - Très grande 6			

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques ? Pas du tout 1 - Un petit peu 2 - Moyennement 3 - Beaucoup 4 - Enormément 5

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 de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes sentis :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
dynamique ?	1	2	3	4	5	6
très nerveux(se) ?	1	2	3	4	5	6
si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	1	2	3	4	5	6
calme et détendu(e) ?	1	2	3	4	5	6
débordant(e) d'énergie ?	1	2	3	4	5	6
triste et abattu(e) ?	1	2	3	4	5	6
épuisé(e) ?	1	2	3	4	5	6
heureux(se) ?	1	2	3	4	5	6
fatigué(e) ?	1	2	3	4	5	6

10. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? En permanence 1 - Une bonne partie du temps 2 - De temps en temps 3 - Rarement 4 - Jamais 5

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
Je tombe malade plus facilement que les autres	1	2	3	4	5
Je me porte aussi bien que n'importe qui	1	2	3	4	5
Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	1	2	3	4	5
Je suis en excellente santé	1	2	3	4	5