

PEmb-QoL **QUESTIONNAIRE**

Questionnaire

après avoir eu une

EMBOLIE PULMONAIRE

INSTRUCTIONS POUR REPONDRE:

Veillez répondre à toutes les questions. Si vous ne savez pas comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Ce questionnaire concerne **vos poumons**. Les informations que vous allez donner doivent décrire ce que vous ressentez. Vous pouvez aussi indiquer si vous vous sentez capable de réaliser des activités quotidiennes normales.

1.	Au cours de ces <u>4 dernières semaines</u> , combien de fois avez-vous ressenti les plaintes pulmonaires suivantes?					
	<i>(cocher la réponse de votre choix, une par ligne)</i>	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Environ une fois par semaine	Moins d'une fois par semaine	Jamais
1.a	Douleur(s) derrière ou entre les omoplates ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1.b	Douleur(s) dans ou sur la poitrine ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1.c	Douleur(s) dans le dos ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1.d	Sensation d'oppression thoracique?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1.e	Sensation qu'il y a toujours « quelque chose là » ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1.f	Sensation de brûlures aux poumons ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1.g	Sensation lancinante aux poumons ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
1.h	Difficulté à respirer ou essoufflement ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2.	A quel moment de la journée vos plaintes pulmonaires sont-elles les plus intenses ? <i>(cocher la réponse de votre choix)</i>			
<input type="checkbox"/> ₁	Au réveil	<input type="checkbox"/> ₄	Pendant la nuit	
<input type="checkbox"/> ₂	A la mi-journée	<input type="checkbox"/> ₅	A tout moment de la journée	
<input type="checkbox"/> ₃	En fin de journée	<input type="checkbox"/> ₆	Jamais	

3.	Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment évaluez-vous l'état de vos poumons en ce moment? <i>(cocher la réponse de votre choix)</i>			
<input type="checkbox"/> ₁	Bien meilleurs maintenant que l'an dernier	<input type="checkbox"/> ₄	Plutôt moins bon maintenant que l'an dernier	
<input type="checkbox"/> ₂	Plutôt meilleurs maintenant que l'an dernier	<input type="checkbox"/> ₅	Beaucoup moins bon maintenant que l'an dernier	
<input type="checkbox"/> ₃	A peu près pareils maintenant que l'an dernier	<input type="checkbox"/> ₆	Je n'avais aucun problème pulmonaire	

4.	Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Est-ce que vos plaintes pulmonaires <u>limitent</u> les activités suivantes ? Si tel est le cas, combien êtes-vous limité ?				
	<i>(cocher la réponse de votre choix, une par ligne)</i>	Je ne travaille pas	OUI, très limité	OUI, un peu limité	NON, pas du tout limité
4.a	Activités quotidiennes au travail	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.b	Activités quotidiennes domestiques (par exemple: faire le ménage, repasser, bricoler, jardiner, etc...)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.c	Activités sociales ou de loisirs (par exemple: voyager, aller au cinéma, aller à une soirée, faire des courses, etc...)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.d	Effort physique important (par exemple : courir, soulever des charges lourdes, faire une activité sportive intense)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.e	Effort physique modéré (par ex. déplacer une table, passer l'aspirateur, nager ou faire du vélo)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

4.f	Monter ou porter les courses	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.g	Monter plusieurs étages d'escaliers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.h	Monter un étage d'escaliers	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.i	Vous pencher en avant, vous agenouiller, vous accroupir	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.j	Marcher plus de 800 mètres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.k	Marcher quelques centaines de mètres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.l	Marcher environ 100 mètres	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.m	Vous laver et vous habiller seul(e)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

5.	Au cours de ces <u>4 dernières semaines</u> , avez-vous eu les problèmes suivants dans votre travail ou dans vos activités de tous les jours <u>en raison de vos plaintes pulmonaires</u> ?		
	<i>(cocher la réponse de votre choix, une par ligne)</i>	OUI	NON
5.a	Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.b	Avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.c	Avez-vous été limité pour faire certaines choses à votre travail ou lors de vos activités habituelles?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5.d	Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou tout autre activité (par exemple cela vous a-t-il demandé un effort supplémentaire)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

6.	Au cours de ces <u>4 dernières semaines</u> , dans quelle mesure vos plaintes pulmonaires vous ont-elles gêné dans vos activités sociales habituelles avec votre famille, vos amis, vos voisins ou d'autres personnes ?		
	<i>(cocher la réponse de votre choix)</i>	<input type="checkbox"/> ₃	Moyennement
<input type="checkbox"/> ₁	Pas du tout	<input type="checkbox"/> ₄	Beaucoup
<input type="checkbox"/> ₂	Un petit peu	<input type="checkbox"/> ₅	Enormément

7.	Quelle a été l'importance de vos <u>douleurs dans la région des omoplates/ dans la poitrine</u> , au cours de ces <u>4 dernières semaines</u> ?		
	<i>(cocher la réponse de votre choix)</i>		
<input type="checkbox"/> ₁	Nulle	<input type="checkbox"/> ₄	Moyenne
<input type="checkbox"/> ₂	Très faible	<input type="checkbox"/> ₅	Grande
<input type="checkbox"/> ₃	Faible	<input type="checkbox"/> ₆	Très grande

8.	Au cours de ces <u>4 dernières semaines</u> , quelle a été l'importance de votre <u>essoufflement</u> ?		
	<i>(cocher la réponse de votre choix)</i>		
<input type="checkbox"/> ₁	Nulle	<input type="checkbox"/> ₄	Moyenne
<input type="checkbox"/> ₂	Très faible	<input type="checkbox"/> ₅	Grande
<input type="checkbox"/> ₃	Faible	<input type="checkbox"/> ₆	Très grande

9.	Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) <u>au cours de ces 4 dernières semaines en raison de vos plaintes pulmonaires</u> . Pour chaque question, merci d'indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces <u>4 dernières semaines</u> , y a-t-il eu des moments où:						
	<i>(cocher la réponse de votre choix, une par ligne)</i>	En permanence	Très souvent	Souvent	Quel-quefois	Rarement	Jamais
a.	Vous avez été préoccupé(e) par l'idée d'avoir une nouvelle embolie pulmonaire ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
b.	Vous vous êtes senti(e) irritable?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
c.	Vous seriez inquiet(e) à l'idée de devoir arrêter vos médicaments anticoagulants?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
d.	Vous êtes devenu(e) plus facilement émotif/émotive ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
e.	Est-ce que cela vous a dérangé d'être plus rapidement émotif/émotive ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
f.	Vous avez été déprimé(e) ou avec un moral bas ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
g.	Vous vous êtes senti(e) comme un fardeau pour votre famille ou vos amis?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
h.	Vous avez eu peur peur de faire des efforts physiques ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
i.	Vous vous êtes senti(e) limité(e) pour faire une excursion ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
j.	Vous avez eu peur d'être seul(e) ?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Nous vous remercions pour votre collaboration.