

## The GTS-QOL-French questionnaire

Les problèmes de santé peuvent affecter la qualité de vie d'une personne de différentes manières. Ce questionnaire étudie la manière dont votre maladie influe sur votre bien-être.

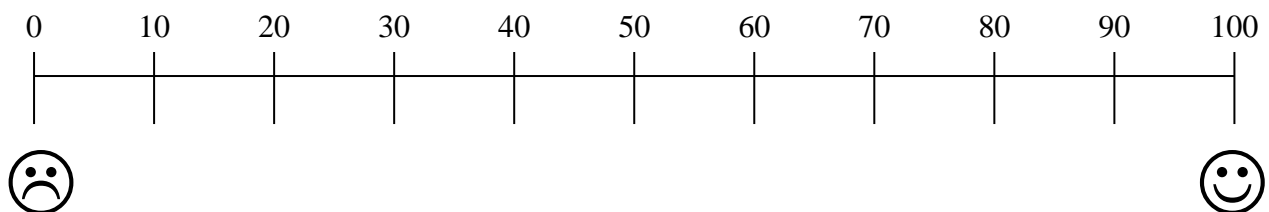
Merci de mettre une croix dans la case correspondant à la réponse la plus adaptée à votre ressenti.

Il est à noter que cette liste inclut de nombreux problèmes que vous ne rencontrerez probablement jamais.

Durant les quatre dernières semaines avez-vous :	Aucun problème	Problème léger	Problème modéré	Problème important	Problème très important
1. été incapable de contrôler tous vos mouvements ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. eu des difficultés dans vos activités de la vie quotidienne ou vos loisirs (comme cuisiner, écrire) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. souffert de douleurs ou de blessures physiques secondaires à vos tics ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. été gêné(e) par des bruits que vous ne pouvez vous empêcher de faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. redouté de dire des gros mots que vous n'aviez pas l'intention de dire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. redouté de faire quelque chose d'embarrassant (comme des gestes grossiers) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. été obligé(e) de répéter des mots encore et encore ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. été obligé(e) de refaire ou de répéter des choses que d'autres personnes font ou disent (imiter les gens) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. été obligé(e) de faire des choses d'une manière répétée et d'une certaine façon (comme vérifier, toucher) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. eu des pensées ou des images déplaisantes vous passant par la tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. eu des difficultés de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. eu des problèmes de mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. perdu ou égaré des objets importants (comme un portefeuille, des clefs, un téléphone mobile) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. eu des difficultés à finir ce que vous avez commencé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. eu l'impression dans l'ensemble d'être en mauvaise santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. été triste ou déprimé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ressenti des changements d'humeur rapides ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ressenti un manque de confiance en soi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ressenti de l'angoisse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ressenti de l'énervement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. eu des difficultés à garder votre calme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. eu l'impression de ne pas contrôler votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ressenti de la frustration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ressenti le besoin de plus d'aide ou de soutien des autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. eu des difficultés à voir vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. eu des difficultés à prendre part à des activités sociales (comme aller manger à l'extérieur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. eu le sentiment d'être seul(e) ou isolé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merci d'indiquer à quel point vous vous sentez dans l'ensemble satisfait de votre vie en ce moment, en mettant une croix entre 0 et 100 sur la ligne ci-dessous.



Extrêmement insatisfait de ma vie

Extrêmement satisfait de ma vie

Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire !