

**Auto-questionnaire de qualité de vie liée à la santé MOS SF-12 V1 Français
à compléter dans le cadre de votre traitement en accès précoce**

Comment répondre. Les questions, qui suivent, portent sur votre état de santé telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche dans votre situation.

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est : (entourer la réponse de votre choix)

1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Médiocre 5. Mauvaise

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans la vie de tous les jours. En raison de votre état de santé, êtes-vous limité(e) pour : (entourer la réponse de votre choix)

- **Des efforts physiques modérés** (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...) ?

1. Oui, beaucoup limité(e) 2. Oui, un peu limité(e) 3. Non, pas du tout limité(e)

- **Monter plusieurs étages** par l'escalier ?

1. Oui, beaucoup limité(e) 2. Oui, un peu limité(e) 3. Non, pas du tout limité(e)

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique : (entourer la réponse de votre choix)

- Avez-vous **accompli moins** de choses que vous auriez souhaité ?

1. Oui 2. Non

- Avez-vous dû arrêter **certaines** choses ?

1. Oui 2. Non

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)) : (entourer la réponse de votre choix)

- Avez-vous **accompli moins** de choses que vous auriez souhaité ?

1. Oui 2. Non

- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire **avec autant de soin et d'attention** que d'habitude ?

1. Oui 2. Non

Tournez la page s'il vous plait.

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 ? (entourer la réponse de votre choix)

1. Pas du tout 2. Un petit peu 3. Moyennement 4. Beaucoup 5. Énormément

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez entourer la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) **calme et détendu(e)** ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent 4. Quelques fois 5. Rarement 6. Jamais

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) **débordant(e) d'énergie** ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent 4. Quelques fois 5. Rarement 6. Jamais

- Y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti(e) **triste et abattu(e)** ?

1. En permanence 2. Très souvent 3. Souvent 4. Quelques fois 5. Rarement 6. Jamais

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 votre relation avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ? (entourer la réponse de votre choix)

1. En permanence 2. Une bonne partie du temps 3. De temps en temps
4. Rarement 5. Jamais

Veuillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Merci d'avoir répondu au questionnaire.