

# QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE LIÉE À LA BPCO



NOM :

.....

PRENOM :

.....

DATE DE NAISSANCE :

.....

DATE DE L'EXAMEN :

.....

**Ce questionnaire a pour but d'évaluer le retentissement de la maladie sur votre qualité de vie, nous vous remercions de bien vouloir le compléter.**

## INSTRUCTIONS :

Les phrases suivantes expriment des sentiments sur les conséquences de votre maladie respiratoire. Pour chacune, cochez l'intensité qui vous correspond le mieux **maintenant**.

**Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
1 Je souffre de mon essoufflement	<input type="checkbox"/>				
2 Je me fais du souci pour mon état respiratoire	<input type="checkbox"/>				
3 Je me sens incompris (e) par mon entourage	<input type="checkbox"/>				
4 Mon état respiratoire m'empêche de me déplacer comme je le voudrais	<input type="checkbox"/>				
5 Je suis somnolent(e) dans la journée	<input type="checkbox"/>				
6 Je me sens incapable de réaliser mes projets	<input type="checkbox"/>				
7 Je me fatigue rapidement dans les activités de la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>				
8 Physiquement, je suis insatisfait(e) de ce que je peux faire	<input type="checkbox"/>				
9 Ma maladie respiratoire perturbe ma vie sociale	<input type="checkbox"/>				
10 Je me sens triste	<input type="checkbox"/>				
11 Mon état respiratoire limite ma vie affective	<input type="checkbox"/>				