



QUESTIONNAIRE COMMUNAUTAIRE

Suivi communautaire

ENTREVUE / PAR COURRIER

FR-CQ-CFU

Page 1 de 50

Ce questionnaire vous demande votre opinion sur la manière dont votre lésion médullaire affecte votre vie sur une base quotidienne.

Ce questionnaire a été préparé pour un groupe de nombreuses personnes – qui ont toutes une lésion médullaire. Certaines questions pourraient ne pas s'appliquer à votre situation personnelle, mais étant donné que ce type de lésion affecte chaque personne différemment, toutes les questions ont été incluses dans le questionnaire. Si vous rencontrez une question qui ne s'applique pas à vous, veuillez quand même y répondre au meilleur de vos connaissances.

Données Sociodémographies Plus

Instructions : posez les questions suivantes au participant.

1. Quel est votre état civil actuel? (choisir UNE seule réponse)

- ☐ Célibataire
- ☐ Marié(e)
- ☐ Divorcé(e)
- ☐ Séparé(e)
- ☐ Veuf/Veuve
- ☐ Conjoint de fait
- ☐ Ne sais pas

2. Quel est votre poids actuel?

Arrondissez au
nombre
entier le plus
proche.

☐ livres
☐ kg

3. Quel est le plus haut niveau d'éducation que vous avez terminé? (veuillez choisir UNE seule réponse)

- ☐ ~~8e année ou moins~~
- ☐ ~~9e à la 11e année (incluant 9e, 10e ou 11e année terminée)~~
- ☐ ~~Diplôme d'études secondaires ou Diplôme d'éducation générale (GED)~~
- ☐ ~~Diplôme d'associé (incluant la certification ou le diplôme d'un collège communautaire ou d'une école de formation professionnelle, ou d'un CEGEP)~~
- ☐ Baccalauréat
- ☐ Maîtrise
- ☐ Doctorat
- ☐ Autre, non classé (spécifiez): _____
- ☐ Ne sais pas

3. a) Avez-vous présentement un emploi rémunéré? (si vous avez présentement un emploi mais que vous êtes en invalidité de longue durée, veuillez répondre 'Oui')

- ☐ Oui
☐ Non (allez à la question [4b sur la page 25b](#))

Emploi rémunéré

b) Si oui, laquelle des situations suivantes décrit le mieux votre emploi rémunéré? (choisissez UNE réponse seulement)

- ☐ Je travaille → **à plein temps ou à temps partiel?**
- ☐ Plein temps (incluant les personnes qui travaillent 30 heures ou plus par semaine à leur emploi principal/unique emploi)
 - ☐ Temps partiel (incluant les personnes qui travaillent normalement moins de 30 heures par semaine, à leur emploi principal/unique emploi)
- ☐ Formation en poste (rémunérée)
- ☐ Atelier supervisé (ex. : travail rémunéré dans un environnement modifié pouvant inclure une supervision accrue, de l'assistance physique, des tâches modifiées, etc.)
- ☐ Invalidité de longue durée
- ☒ ~~Ne sais pas~~

4. a) Quel est votre emploi rémunéré?

- ☐ Exécutif, administratif, et de gestion (incluant le travail autonome; ex. : gérants, chefs de département, officiers gouvernementaux, comptables, gestionnaires de portefeuille/finances, spécialistes en ressources humaines, etc.)
- ☐ Professionnel - spécialiste (ex. : médecin, avocat, ingénieur, infirmière diplômée, architecte, analyste de systèmes informatiques, athlète professionnel, artiste, professeur, etc.)
- ☐ Techniciens et autre personnel de soutien (ex. : pilote, technicien de laboratoire, hygiéniste dentaire, infirmière, etc.)
- ☐ Ventes
- ☐ Soutien administratif, incluant les commis de bureau
- ☐ Résidence privée (ex. : nounou/gardienne d'enfants, aidant, personne de ménage, jardinier, gardien, etc.)
- ☐ Services de protection (ex. : policier, pompier, gardien de sécurité, etc.)
- ☐ Autres services, sauf de protection et résidence privée (ex. : barman, concierge, serveur, préposé aux bénéficiaires, cuisinier, coiffeur, etc.)
- ☐ Exploitation agricole, foresterie et pêche
- ☐ Précision, production, fabrication et réparation (ex. : électricien, mécanicien, plombier, peintre, machiniste, pâtissier, etc.)
- ☐ Opérateurs de machinerie, assembleurs, et inspecteurs (ex. : soudeur, imprimeur, opérateur de machinerie en usine, etc.)
- ☐ Transport et déménagement de matériel (ex. : chauffeur de camion, conducteur de train, opérateur de machinerie d'excavation, opérateur de grue, etc.)

- ☐ Manutentionnaire, nettoyeur d'équipement, aides et ouvriers (ex. : travailleur en construction, éboueur, étalagiste, travailleur d'usine, etc.)
- ☐ Tâches militaires
- ☐ Ne s'applique pas
- ☐ Ne sais pas

Emploi non-rémunéré

b) Si NON, choisissez l'énoncé parmi les suivants qui décrit le mieux votre travail non rémunéré. (choisir UNE seule réponse. Cela n'inclut pas vos rendez-vous médicaux ou pour vos traitements)

- ☐ Au foyer
- ☐ Formation au travail (non-rémunéré)
- ☐ Retraité
- ☐ Étudiant
- ☐ Sans emploi
- ☐ Autre (précisez): _____ (ex: travail bénévole, etc.)
- ☐ Ne sais pas

5. a) Présentement, quel est le revenu total annuel de votre ménage? Veuillez inclure tout revenu annuel du ménage AVANT impôts, incluant les subventions, bourses ou autres sources de revenu.

- ☐ Moins de 10 000
- ☐ 10 000 – 19 999
- ☐ 20 000 – 29 999
- ☐ 30 000 – 39 999
- ☐ 40 000 – 49 999
- ☐ 50 000 – 59 999
- ☐ 60 000 – 69 999
- ☐ 70 000 – 79 999
- ☐ 80 000 – 89 999
- ☐ 90 000 – 99 999
- ☐ 100 000 +
- ☐ Ne sais pas

b) Combien y-a-t-il de personnes à votre domicile? _____

6. Quelle compensation recevez-vous suite à votre lésion~~blessure~~ médullaire, le cas échéant? (cochez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Assurance-salaire (ex. : Commission de la santé et de la sécurité au travail ou semblable)
- ☐ Autre assurance invalidité (ex. : prestations fédérales d'invalidité RPC, Association provinciale des personnes handicapées, prestations privées d'invalidité de courte ou longue durée)
- ☐ Assurance automobile (gouvernementale SAAQ ou privée)
- ☐ Autre assurance (i.e. assurance-emploi, assurance privée incluant les plans d'assurance-invalidité, assurance-vie, décès accidentel et perte d'un membre, prestations de vétérans ou Association canadienne des anciens combattants)
- ☐ Autre compensation (spécifiez) : _____
- ☐ Ne sais pas quel type de compensation
- ☐ Aucune

8-7 a) Dans quel type d'environnement vivez-vous présentement?

<input type="checkbox"/> Résidence privée (incluant maison, condominium, maison mobile, appartement, bateau habitable) <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement avec services (résidence semi-autonome, option à mi-chemin entre les soins à domicile et l'hospice) <input type="checkbox"/> Hôtel/motel (incluant des séjours à court ou long terme, occupation simple, etc.) <input type="checkbox"/> Sans abri (incluant grotte, voiture, tente, rue, etc.) <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez): _____ <input type="checkbox"/> Foyer de groupe (incluant les maisons de transition ou toute résidence partagée par des personnes qui ne sont pas des membres de la famille)	<p>b) Avec qui vivez-vous : (choisissez TOUTES les réponses pertinentes)</p> <p><input type="checkbox"/> Partenaire/conjoint</p> <p><input type="checkbox"/> Membre de la famille</p> <p><input type="checkbox"/> Personne sans lien de parenté, bénévole (ex. : colocataire)</p> <p><input type="checkbox"/> Aidant rémunéré</p> <p><input type="checkbox"/> Seul</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>	<p>c) Recevez-vous présentement des soins de santé? (ex. : soins à domicile/soutien)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas</p>
<input type="checkbox"/> Hospice/Centre de soins de longue durée en milieu hospitalier (incluant les centres spécialisés en soins infirmiers et institutions offrant des soins de longue durée, de garde, soins pour malades chroniques, etc.) <input type="checkbox"/> Institut correctionnel (incluant prison, pénitencier, centre correctionnel, etc.)	<p>—————></p>	<p>Allez à la question 98</p>

9-8. a) Quel est votre niveau de tabagisme/vapotage (nicotine)?

- ☐ Fumeur
- ☐ Ancien fumeur
- ☐ N'a jamais fumé (allez à la question 910)

☐ [Vapoteur](#)☐ [Ancien Vapoteur](#)☐ [N'a jamais vapoté](#) (allez à la Question 9)☐ [Ne sais pas](#) (allez à la Question 9)

b) Si vous avez déjà fumé/[vapoté](#) ou si vous êtes actuellement fumeur/[vapoteur](#), pendant combien d'années avez-vous fumé/[vapoté](#)? (Faites un estimé si vous ne savez pas) ~~depuis combien d'années fumez-vous?~~ (faites un estimé si vous ne savez pas le nombre exact)

_____ [Nombre d'années à fumer](#) Années

☐ Ne sais pas

_____ [Nombre d'années à vapoter](#)

☐ [Ne sais pas](#)

c) Si vous avez déjà fumé ou si vous êtes actuellement fumeur, en moyenne, combien de (cigarettes/cigares/pipes) fumiez/fumez-vous quotidiennement?

(Note : un paquet de cigarettes compte normalement 20 cigarettes. Si moins qu'une par jour, veuillez entrer répondre 0).

_____ Cigarettes

_____ Cigares

_____ Pipes

☐ Ne sais pas

~~10.9.~~ a) À quelle fréquence consommez-vous de l'alcool?

☐ Jamais ([passez à la question 10](#))☐ Une fois par mois ou moins☐ 2-4 fois/mois☐ 2-3 fois/semaine☐ 4 fois ou plus/semaine☐ Ne sais pas

10.b) Combien de boissons alcoolisées consommez-vous au cours d'une journée typique lorsque vous buvez?

- ☐ 1 ou 2
- ☐ 3 ou 4
- ☐ 5 ou 6
- ☐ 7, 8, ou 9
- ☐ 10 ou plus
- ☐ Ne sais pas

10.c) À quelle fréquence consommez-vous six (6) verres d'alcool ou plus en une seule occasion?

- ☐ Jamais
- ☐ Moins d'une fois par mois
- ☐ Chaque mois
- ☐ Chaque semaine
- ☐ Quotidiennement ou presque à tous les jours
- ☐ Ne sais pas

10. Depuis votre lésion, avez-vous fait usage de cannabis/marijuana pour des raisons MÉDICALES?

(Ceci inclut tout usage médical même si non prescrit par un médecin) (s'il s'agit de votre premier questionnaire de suivi Communautaire, veuillez tenir compte du moment à partir de l'obtention de votre congé après votre séjour initial en centre hospitalier [soins aigus et/ou réadaptation])

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

11. a) Au cours de la dernière année, avez-vous fait usage de médicaments de prescription ou de drogues de rue pour des raisons NON-MÉDICALES? (s'il s'agit

de votre premier questionnaire communautaire de suivi, veuillez ne pas considérer que le temps écoulé depuis l'obtention de votre congé du centre hospitalier [soins aigus et/ou réadaptation])

- ☐ Oui
- ☐ Non (allez à la question [sur la douleur](#) 10 à la page 5)
- ☐ Ne sais pas (allez à la question [sur la douleur](#) 10 à la page 5)

b) Si oui, veuillez cocher TOUTES les réponses pertinentes :

- ☐ Cocaïne
- ☐ Pot/marijuana
- ☐ Hallucinogènes
- ☐ Héroïne/opiacés
- ☐ Speed/stimulants
- ☐ Médicaments prescrits pour vous
- ☐ Médicaments prescrits pour quelqu'un d'autre
- ☐ Autres substances inconnues

Questionnaire sur la douleur

Ces questions portent sur votre opinion au sujet de toute douleur que vous ressentez et comment elle peut interférer avec vos activités quotidiennes. On vous demandera également d'expliquer ce que vous faites pour contrôler votre douleur.

1. a) Prenez-vous présentement quelque chose ou recevez-vous des traitements pour un problème de douleur?

- ☐ Oui (ex. : médicaments, drogues récréatives, physiothérapies, psychothérapies, etc.)
- ☐ Non
- ☐ Ne sais pas

b) Si Oui, quels traitements utilisez-vous pour gérer votre douleur? (choisissez toutes les réponses pertinentes)

- ☐ Complémentaires (ex. : biofeedback, acupuncture, hypnose)
- ☐ Neuromodulation médicale et de procédure (ex. : blocs nerveux, injections, implantation de stimulateurs, pompe intrathécale, TENS)
- ☐ Médicaments sans prescription (ex. : analgésiques en vente libre comme Tylenol®)
- ☐ Non-traditionnels (ex. : naturopathie, homéopathie, plantes médicinales)

- ☐ Psychothérapies (ex. : psychothérapie, thérapie cognitive de comportement, relaxation, gestion du stress, psychoéducation, groupes de soutien)
- ☐ Traitements de physiothérapie (ex. : physiothérapie, massage, chiropractie)
- ☐ Drogues récréatives (ex. : marijuana)
- ☐ Médicaments par prescription (ex. : morphine, codéine)
- ☐ Autre (spécifiez) : _____

2. De façon générale, à quel point êtes-vous satisfait de la gestion de votre douleur?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

Pas du tout satisf. Totalemtent satisfait

3. a) Avez-vous ressenti de la douleur au cours des ~~sept~~ (7) derniers jours, incluant aujourd'hui?

- ☐ Oui
- ☐ Non ([passez au SCIMallez-au-questionnaire sur l'état de santé à la page 15](#))

b) Si OUI, au cours de la DERNIÈRE SEMAINE :

i. En général, à quel point est-ce que la douleur a interféré avec vos activités quotidiennes au cours de la dernière semaine?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

pas d'interférence Extrême interférence

ii. En général, à quel point est-ce que la douleur a interféré avec votre humeur générale au cours de la dernière semaine?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

pas d'interférence Extrême interférence

iii. En général, à quel point est-ce que la douleur interfère avec votre capacité d'avoir une bonne nuit de sommeil?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☐ Ne sais pas

pas d'interférence Extrême interférence

4. (S'il s'agit de votre premier questionnaire communautaire de suivi, veuillez ~~ne~~ considérer que le temps écoulé depuis l'obtention de votre congé du centre hospitalier [soins aigus et/ou réadaptation])

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti de la douleur

neuropathique? (Une douleur souvent continue et intense, causée par des dommages aux nerfs, qui se manifeste de manière spontanée ou au toucher léger et se caractérise par une sensation de brûlure, douleur lancinante, picotement, etc.)

- ☐ Oui
- ☐ Non (passez au SCIM)
- ☐ Ne sais pas (passez au SCIM)

Localisation de votre douleur neuropathique : (choisissez TOUTES les réponses pertinentes à votre douleur neuropathique)

- ☐ Tête
- ☐ Cou et/ou épaules
- ☐ Bras et/ou mains
- ☐ Torse (thorax, abdomen, bassin, et/ou organes génitaux)
- ☐ Dos (haut et/ou bas du dos)
- ☐ Hanches, Fesses, et/ou Anus
- ☐ Haut des jambes/cuisses
- ☐ Bas des jambes ou pieds

Intensité Moyenne de votre douleur neuropathique au cours de la dernière semaine:

- ☐ 0 Aucune douleur
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Pire douleur imaginable
- ☐ Ne sais pas

b) Vous avez mentionné avoir vécu ceci au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une forme de traitement pour ce problème?

- ☐ Oui
- ☐ Non

c) Lorsque vous avez vécu ceci, est-ce que vos activités étaient limitées?

- ☐ Oui
- ☐ Non

SCIM – Spinal Cord Independence Measure (Version III, Self-report 2013)

Cette section traite de votre capacité à fonctionner lors de vos activités quotidiennes.

Pour chacun des items, veuillez cocher la case qui correspond à la déclaration qui reflète mieux **votre situation actuelle**. Veuillez lire le texte attentivement et ne choisir qu'une seule réponse pour chacune des sections.

1. Alimentation

- ☐ J'ai besoin de nutrition parentérale ou gastrostomie
- ☐ J'ai besoin d'assistance totale pour manger/boire
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle pour manger/boire ou pour installer ou retirer les appareils adaptés
- ☐ Je suis indépendant pour manger/boire mais j'ai besoin d'aide technique ou d'assistance pour couper ma nourriture, verser du liquide ou ouvrir des contenants
- ☐ Je suis indépendant pour manger/boire sans assistance ou appareils adaptés

2. (a) Toilette partie supérieure du corps/tête

*La toilette de la **partie supérieure du corps/tête** inclut utiliser le savon, se sécher le corps et manipuler les robinets.*

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle
- ☐ Je suis indépendant mais j'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé (ex. : barres, chaises)
- ☐ Je suis indépendant et je n'ai pas besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé

(b) Toilette partie inférieure du corps

*La toilette de la **partie inférieure du corps** inclut utiliser le savon, se sécher le corps et manipuler les robinets.*

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle
- ☐ Je suis indépendant mais j'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé (ex. : barres, chaises).
- ☐ Je suis indépendant et je n'ai pas besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé.

3. (a) Habillage partie supérieure du corps

*L'habillage de la **partie supérieure du corps** inclut de mettre et retirer des vêtements comme des t-shirts, chemises, soutien-gorge, châles ou orthèses (ex. : attelle de bras, collier cervical, corset).*

Facile de m'habiller avec des vêtements sans boutons, fermetures éclair ou lacets.

Difficile de m'habiller avec des vêtements qui ont des boutons, fermetures éclair ou lacets.

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, même avec les vêtements faciles
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance avec les vêtements faciles, mais j'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé

- ☐ Je suis indépendant avec les vêtements faciles et je n'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé ou d'installation spéciale qu'avec les vêtements difficiles
- ☐ Je suis complètement indépendant

(b) Habillage partie inférieure du corps

*L'habillage de la **partie inférieure du corps** inclut de mettre et retirer des vêtements comme des shorts, pantalons, souliers, bas, ceintures ou orthèses (ex. : attelle de jambe).*

Facile de m'habiller avec des vêtements sans boutons, fermetures éclair ou lacets.

Difficile de m'habiller avec des vêtements qui ont des boutons, fermetures éclair ou lacets.

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale.
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, même avec les vêtements faciles
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance avec les vêtements faciles, mais j'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé
- ☐ Je suis indépendant avec les vêtements faciles et je n'ai besoin d'aide technique ou d'équipement spécialisé ou d'installation spéciale qu'avec les vêtements difficiles
- ☐ Je suis complètement indépendant

4. Soins d'apparence

Pensez aux activités comme se laver les mains et le visage, broser ses dents, se peigner les cheveux, se raser ou se maquiller

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle
- ☐ Je suis indépendant mais j'ai besoin d'aide technique
- ☐ Je suis indépendant et je n'ai pas besoin d'aide technique

5. Respiration

Veillez choisir une seule réponse, selon si vous avez besoin ou non d'une intubation respiratoire (trachéale).

J'ai besoin d'une sonde trachéale ...

- ☐ et de ventilation assistée permanente ou intermittente

- ☐ et d'oxygène ainsi que de l'assistance pour tousser ou pour les soins trachéaux
- ☐ et d'un peu d'assistance pour tousser ou pour les soins trachéaux

Je n'ai pas besoin de sonde trachéale ...

- ☐ mais j'ai besoin d'oxygène additionnel et de beaucoup d'assistance pour tousser ou d'un masque (ex. : pression expiratoire positive (PEP)) ou de ventilation assistée occasionnellement (ex. : ventilation spontanée en pression positive bidirectionnelle (VSPPBi)).
- ☐ et seulement d'un peu d'assistance ou de stimulation pour tousser.
- ☐ et je peux respirer et tousser de manière indépendante sans assistance ou aide technique.

6. Contrôle de la vessie

Pensez à comment vous évacuez votre vessie.

(a) Sonde urinaire à demeure

- ☐ Oui → Veuillez passer à la question 7a
- ☐ Non → Veuillez répondre aux questions 6b et 6c

(b) Sondage intermittent

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ Je le fais moi-même avec assistance (auto-sondage)
- ☐ Je le fais moi-même sans assistance (auto-sondage)
- ☐ Je ne l'utilise pas

(c) Utilisation d'instruments de drainage externes (ex. : condom cathéter, couches, serviettes sanitaires)

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale pour les utiliser
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle pour les utiliser
- ☐ Je les utilise sans assistance
- ☐ Je suis continent pour l'urine et je n'utilise aucun instrument de drainage externe

7. Contrôle sphinctérien

(a) Avez-vous besoin d'assistance pour la gestion de vos intestins (ex. : pour insérer des suppositoires)?

- ☐ Oui
- ☐ Non

(b) Mes évacuations de selles sont...

- ☐ irrégulières et rares (moins d'une fois aux trois jours)
- ☐ régulières (une fois tous les trois jours ou plus)

(c) L'incontinence fécale ('accidents') survient ...

- ☐ deux fois par mois ou plus
- ☐ une fois par mois
- ☐ jamais

8. Utilisation des toilettes

Veuillez penser à l'utilisation des toilettes, à l'hygiène périnéale et de vos mains, à l'habillage et au déshabillage et à l'utilisation de serviettes sanitaires ou de couches.

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle et je ne peux me nettoyer
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle mais je peux me nettoyer
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance mais j'ai besoin d'aide technique (ex. : barres) ou d'une installation spéciale (ex. : fauteuil roulant, toilette adaptée)
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance, d'aide technique ou de toilette adaptée

9. Combien, parmi les quatre activités suivantes pouvez-vous faire sans assistance ou aides électriques?

- *tourner le haut du corps dans le lit*
- *tourner le bas du corps dans le lit*
- *vous asseoir dans le lit*
- *faire des push-up en fauteuil (avec ou sans aide technique)*

- ☐ Aucune, j'ai besoin d'assistance pour toutes ces activités
- ☐ Une
- ☐ Deux ou trois
- ☐ Toutes

10. Transferts lit - fauteuil roulant

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, de supervision ou d'aide technique (ex. : planche de transfert)
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance ou d'aide technique
- ☐ Je n'utilise pas de fauteuil roulant

11. Transferts fauteuil roulant - W.C.

Les transferts incluent aussi fauteuil roulant ou lit vers W.C

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, de supervision ou d'aide technique (ex. : barres d'appui)
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance ou d'aide technique
- ☐ Je n'utilise pas de fauteuil roulant

12. Déplacements à l'intérieur

Veuillez choisir une seule réponse, selon si vous utilisez habituellement un fauteuil roulant ou que vous marchez pour vous déplacer à l'intérieur

J'utilise un fauteuil roulant. Pour circuler...

- ☐ j'ai besoin d'assistance totale
- ☐ j'ai besoin d'un fauteuil roulant électrique ou d'assistance partielle pour opérer un fauteuil roulant manuel
- ☐ je suis indépendant dans un fauteuil roulant manuel

Je marche à l'intérieur et ...

- ☐ j'ai besoin de supervision lorsque je marche (avec ou sans appareil).
- ☐ je marche avec un déambulateur ou des béquilles, en balançant les deux pieds vers l'avant simultanément.
- ☐ je marche avec des béquilles ou des cannes anglaises, en posant un pied avant l'autre
- ☐ je marche avec une canne simple
- ☐ je marche avec une/des orthèse(s) seulement (ex. : attelle de jambe)
- ☐ Je marche sans appareil

13. Déplacements sur distances moyennes (10 à 100 mètres)

Veuillez choisir une seule réponse, selon si vous utilisez habituellement un fauteuil roulant ou que vous marchez pour vous déplacer sur des distances moyennes (de 10 à 100 mètres).

J'utilise un fauteuil roulant. Pour me déplacer, ...

- ☐ j'ai besoin d'assistance totale.
- ☐ j'ai besoin d'un fauteuil roulant électrique ou d'assistance partielle pour opérer un fauteuil roulant manuel.
- ☐ je suis indépendant dans un fauteuil roulant manuel.

Je marche sur des distances moyennes, et ...

- ☐ j'ai besoin de supervision en marchant (avec ou sans appareil)
- ☐ je marche avec un déambulateur ou des béquilles, en balançant les deux pieds vers l'avant simultanément
- ☐ je marche avec des béquilles ou des cannes anglaises, en posant un pied avant l'autre
- ☐ je marche avec une canne simple
- ☐ je marche avec une/des orthèse(s) seulement (ex. : attelle de jambe)
- ☐ je marche sans appareil

14. Déplacements à l'extérieur (> 100 mètres)

Veuillez choisir une seule réponse, selon si vous utilisez habituellement un fauteuil roulant ou que vous marchez pour vous déplacer à l'extérieur sur plus de 100 mètres.

J'utilise un fauteuil roulant. Pour circuler, ...

- ☐ j'ai besoin d'assistance totale
- ☐ j'ai besoin d'un fauteuil roulant électrique ou d'assistance partielle pour opérer un fauteuil roulant manuel
- ☐ je suis indépendant dans un fauteuil roulant manuel

Je marche plus de 100 mètres et...

- ☐ j'ai besoin de supervision en marchant (avec ou sans appareil)
- ☐ je marche avec un déambulateur ou des béquilles, en balançant les deux pieds vers l'avant simultanément
- ☐ je marche avec des béquilles ou des cannes anglaises, en posant un pied devant l'autre
- ☐ je marche avec une canne simple
- ☐ je marche avec une/des orthèse(s) seulement (ex. : attelle de jambe)
- ☐ je marche sans appareil

15. Monter et descendre les escaliers

Veuillez choisir une seule réponse, selon si vous êtes capable ou non de monter et descendre les escaliers.

- ☐ Je suis incapable de monter et descendre les escaliers.

Je peux monter et descendre au moins trois marches ...

- ☐ mais seulement avec assistance ou supervision
- ☐ mais seulement à l'aide d'appareils (ex. : barre d'appui, béquille ou canne)
- ☐ sans assistance, supervision ou appareil

16. Transferts fauteuil roulant - voiture

Les transferts incluent les actions de mettre le fauteuil roulant dans la voiture et de le sortir.

- ☐ J'ai besoin d'assistance totale
- ☐ J'ai besoin d'assistance partielle, de supervision ou d'aide technique
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance ou d'aide technique
- ☐ Je n'utilise pas de fauteuil roulant

17. Transferts sol - fauteuil roulant

- ☐ J'ai besoin d'assistance
- ☐ Je n'ai pas besoin d'assistance
- ☐ Je n'utilise pas de fauteuil roulant

Questionnaire sur les complications secondaires et l'état de santé

Complications secondaires

S'il s'agit de votre premier questionnaire communautaire de suivi, veuillez tenir compte ~~uniquement~~ du temps écoulé depuis l'obtention de votre congé après votre premier séjour en centre hospitalier (soins aigus et/ou réadaptation). Vous pouvez répondre «oui» aux questions ci-dessous, même si vous avez eu les conditions pour une longue période.

1. — Détérioration neurologique (perte de force musculaire et/ou de sensation cutanée, i.e. avoir moins de force ou perdre toute force dans une région particulière, ou avoir moins de sensation ou perdre toute sensation dans une région particulière)

~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi de la détérioration neurologique?~~ (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une fois par	Quelques	Quelques	Quelques	Tous les jours
année	fois par	fois par	fois par	
	année	mois	semaine	

~~Vous avez mentionné avoir subi de la détérioration neurologique au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?~~

☐ Oui ☐ Non

~~Lorsque vous avez subi de la détérioration neurologique, à quel point est-ce que cela a limité vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement

2. — Dysrèflexie autonome (parfois appelée hyperréflexie — les symptômes de la dysrèflexie incluent des hausses soudaines de pression artérielle, de la transpiration, de la chair de poule, la dilatation des pupilles et des maux de tête. Elle peut survenir comme réaction du corps à la douleur, quand un individu n'a plus de sensation, ou de problèmes dans les systèmes de régulation de la température corporelle.)

~~a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de dysrèflexie autonome?~~ (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une	Quelques	Quelques	Quelques	Tous les	Jamais	Ne
fois	fois par	fois par	fois par	jours		sais
par	année	mois	semaine			pas
année						

(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 3)

~~b) Vous mentionnez avoir souffert de dysrèflexie autonome au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~

☐ Non

~~c) Lorsque vous avez souffert de dysrèflexie autonome, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

3. Étourdissements/vertiges (parfois appelés hypotension posturale — Forte sensation de vertige après un changement de position. Cet état est causé par une chute soudaine de pression artérielle.)a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'étourdissements/vertiges?~~ (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas

(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 4)

b) ~~Vous avez mentionné avoir souffert d'étourdissements/vertiges au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~☐ ☐ Nonc) ~~Lorsque vous aviez des étourdissements/vertiges, à quel degré cela a limité vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)
☐ Pas ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement
4. Haute pression (Haute pression — résultats de pression artérielle continuellement plus hauts que 140/90mmHg [la norme étant de 120/80mmHg.])a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de haute pression?~~ (choisissez UNE seule réponse)☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 5)b) ~~Vous avez mentionné avoir souffert de haute pression au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?~~ (choisissez UNE seule réponse)☐ Oui ☐ Nonc) ~~À quel point est-ce que la haute pression a affecté vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement**5. Thrombose veineuse profonde/Embolie pulmonaire (TVP/EP)** (TVP = du sang dans les vaisseaux des jambes ou des bras qui s'accumule formant une masse épaisse (i.e. un caillot sanguin); EP = un morceau de caillot sanguin qui se détache et va se loger dans un poumon, pouvant occasionner des difficultés respiratoires.)a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une TVP/EP?~~ (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas

(si Jamais ou Ne sais pas, allez au questionnaire sur la mesure de l'utilisation des soins de santé)

b) ~~Vous avez mentionné avoir subi une TVP/EP au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~☐ Oui ☐ Nonc) ~~Lorsque vous avez subi une TVP/EP, à quel point est-ce que cela a limité vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

6. Infections respiratoires (aussi appelées pneumonie—maladie pulmonaire de courte durée causée par une infection et incluant de l'inflammation et de la congestion suivies d'un dégagement. Incluant aussi une augmentation des sécrétions, de la fièvre, des frissons, de la toux et de la difficulté à respirer.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'infection(s) respiratoire(s)? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 7)

b) Vous avez mentionné avoir eu une (des) infection(s) respiratoire(s) au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous aviez une (des) infection(s) respiratoire(s), à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

7. Asthme (une maladie chronique (à long terme) produisant de l'inflammation et réduisant la taille des voies respiratoires. L'asthme cause des périodes récurrentes de respiration sifflante (son de sifflement lorsque vous respirez), un serrement de poitrine, et de la toux. La toux survient souvent la nuit ou tôt le matin.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'asthme? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 8)

b) Vous avez mentionné avoir souffert d'asthme au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

c) À quel point est-ce que l'asthme a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

8. Maladie respiratoire chronique (maladie respiratoire obstructive chronique, bronchite chronique, tuberculose, etc.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de maladie respiratoire chronique? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 9)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de maladie respiratoire chronique au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non (Si non, allez à la question 3d)

c) Prenez-vous de la médication pour votre emphysème, bronchite chronique ou MROC?

☐ Oui ☐ Non

d) À quel point est-ce que la maladie respiratoire chronique a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

9. Plaies de pression — Nouvelles (aussi appelées ulcères cutanés, plaies de lit, et escarres de décubitus — une blessure cutanée souvent causée par la pression constante contre la peau, causant un apport sanguin réduit à la région concernée et entraînant la nécrose des tissus. Ces plaies peuvent débiter comme une zone d'irritation cutanée et progresser vers des plaies infectées.)

a) Au cours des 12 derniers mois (ou, s'il s'agit de votre premier questionnaire communautaire de suivi depuis l'obtention de votre congé du centre hospitalier), combien de NOUVELLES plaies de pression avez-vous? (choisissez UNE seule réponse)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou plus ☐ Aucune ☐ Ne sais pas (si Aucune ou Ne sais pas, allez à la question 10)

b) Parmi ces NOUVELLES plaies de pression, combien sont dans un NOUVEL endroit? (i.e., un endroit où vous n'aviez pas déjà eu une plaie de pression)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou plus

c) Vous avez mentionné avoir développé des nouvelles plaies de pression au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non (si Non, allez à la question 14 e)

d) Si oui, est-ce que ces nouvelles plaies ont été traitées chirurgicalement?

☐ Oui ☐ Non

e) Lorsque vous avez développé de nouvelles plaies de pression, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

10. Plaies de pression — chroniques (aussi appelées ulcères cutanés, plaies de lit, et escarres de décubitus — une blessure cutanée souvent causée par la pression constante contre la peau, causant un apport sanguin réduit à la région concernée et entraînant la nécrose des tissus. Ces plaies peuvent débiter comme une zone d'irritation cutanée et progresser vers des plaies infectées.)

a) Outre les NOUVELLES plaies de pression décrites ci-dessus, combien de plaies de pression non-guéries ou chroniques avez-vous et que vous aviez déjà avant? (choisissez UNE seule réponse)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ou plus ☐ Aucune ☐ Ne sais pas (si Aucune ou Ne sais pas, allez à la question 11)

b) Vous avez mentionné avoir des plaies de pressions chroniques ou non-guéries. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non (si Non, allez à la question 15 d)

c) Si oui, est-ce que les plaies de pression chroniques ont été traitées chirurgicalement?

☐ Oui ☐ Non

d) Lorsque vous aviez des plaies de pression chroniques ou non-guéries, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

11. Infections urinaires (incluant les infections comme les cystites et les infections à pseudomonas. Les symptômes incluent de la douleur en urinant, une sensation de brûlure à travers le corps, du sang dans les urines et de l'urine trouble.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'infections urinaires? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 12)

b) Vous avez mentionné avoir souffert d'infection(s) urinaire(s) au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous aviez une (des) infection(s) urinaire(s), à quel point est-ce que cela a affecté vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

12. Pierres aux reins ou à la vessie (petites pierres bloquant le système urinaire.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de pierres aux reins ou à la vessie? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 13)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de pierres aux reins ou à la vessie au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez souffert de pierres aux reins ou à la vessie, à quel point est-ce que ceci a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

13. Incontinence urinaire (fuites urinaires.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'incontinence urinaire? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 14)

b) Vous avez mentionné avoir souffert d'incontinence urinaire au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez souffert d'incontinence urinaire, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

14. Maladie des reins (terme global pour désigner une variété de maladies affectant les reins, incluant : l'insuffisance rénale, les infections ou les néphrites.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de maladie rénale? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 15)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de maladie rénale au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

c) À quel point est-ce que la maladie rénale a affecté vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement**15. Incontinence anale** (fuites intestinales.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'incontinence anale? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 16)

b) Vous avez mentionné avoir souffert d'incontinence anale au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez souffert d'incontinence anale, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Un peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement**16. Constipation** (selles dures et difficiles à évacuer, ou moins de selles par semaine que normalement.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de constipation? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 17)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de constipation au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez souffert de constipation, à quel point est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

17- Fatigue (sensation constante de fatigue, manque d'énergie, apathie.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous ressenti de la fatigue? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 18)

b) Vous avez mentionné avoir ressenti de la fatigue au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu un quelconque traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez ressenti de la fatigue, à quel point est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement**18- Apnée du sommeil** (un problème commun caractérisé par une ou plusieurs interruptions de votre respiration ou une respiration superficielle pendant votre sommeil. Le type le plus commun d'apnée du sommeil est l'apnée obstructive du sommeil. Cette condition cause une fermeture ou un blocage des voies respiratoires pendant le sommeil ayant comme résultat une respiration superficielle ou des interruptions.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'apnée du sommeil? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 5)

b) Vous avez mentionné avoir souffert d'apnée du sommeil au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

c) À quel point est-ce que l'apnée du sommeil a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement**19- Troubles du sommeil** (difficulté à vous endormir, réveils pendant la nuit, respiration interrompue durant votre sommeil, etc.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des troubles du sommeil?? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 20)

b) Vous avez mentionné avoir eu des troubles du sommeil au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous aviez des troubles du sommeil, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

20- Dépression/Troubles de l'humeur (un état de tristesse intense qui dure pendant plus de deux semaines et progresse au point d'affecter votre quotidien—vous sentir "découragé", être fatigué, vous sentir irritable sans raison apparente.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu des périodes de dépression/troubles de l'humeur? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Rarement
 ☐ Parfois
 ☐ La plupart du temps
 ☐ Tout le temps
 ☐ Ne sais pas
 ☐ Jamais
 (si Ne sais pas ou Jamais, allez à la question 21)

b) Vous avez mentionné avoir vécu une/des période(s) de dépression/troubles de l'humeur au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

c) À quel point est-ce que la dépression/les troubles d'humeur a/ont limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout
☐ Très peu
☐ Partiellement
☐ Beaucoup
☐ Complètement

21- Démence (Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de démence? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui
☐ Non
☐ Ne sais pas
 (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 11)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de démence au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

c) À quel point est-ce que la démence a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout
☐ Très peu
☐ Partiellement
☐ Beaucoup
☐ Complètement

22- Problèmes d'épaule (ceci inclut la douleur aux articulations des épaules et/ou aux muscles. Les personnes qui surutilisent certains groupes musculaires particuliers, comme les muscles des épaules, ou qui mettent trop de pression sur leurs articulations sont à risque de développer de la douleur.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de problèmes d'épaule? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Une fois par année
☐ Quelques fois par année
☐ Quelques fois par mois
☐ Quelques fois par semaine
☐ Tous les jours
☐ Jamais
☐ Ne sais pas
 (si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 23)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de problèmes d'épaule au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez souffert de problèmes d'épaule, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout
☐ Très peu
☐ Partiellement
☐ Beaucoup
☐ Complètement

23- Problèmes de coude/poignet (incluant la douleur au niveau des articulations du coude et/ou du poignet et des muscles. Les personnes qui surutilisent un groupe de muscles en particulier, comme les coudes ou les poignets, ou qui mettent trop de pression sur leurs articulations sont à risque de développer de la douleur à ce niveau.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de problèmes de coude/poignet? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 24)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de problèmes de coude/poignet au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez souffert de problèmes de coude/poignet, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

24- Douleur neuropathique (douleur souvent continue et intense, causée par des dommages aux nerfs, et qui survient de manière spontanée ou par toucher léger et provoque des sensations de brûlure, chocs, ou de picotements, etc.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de douleur neuropathique? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 25)

b) Localisation de votre douleur neuropathique : (indiquez TOUTES les réponses pertinentes à votre douleur neuropathique)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tête	Cou et/ou épaules	Bras et/ou mains	Torse (poitrine, abdomen, région pelvienne, et/ou périnée)	Dos (haut et/ou bas du dos)	Hanches, fesses, et/ou anus	Haut des jambes/cuiss es	Bas des jambes ou pieds

c) Intensité moyenne de votre douleur neuropathique au cours de la dernière semaine :

Aucune douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pire douleur que vous pouvez imaginer	Ne sais pas
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

d) Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour votre douleur neuropathique?

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas

e) Lorsque vous aviez de la douleur neuropathique, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas du tout	Très peu	Partiellement	Beaucoup	Complète	Ne sais pas

25- Spasticité (mouvements musculaires spontanés et incontrôlés, comme des tics ou des spasmes. Souvent, la spasticité est augmentée par une infection ou une forme de restriction, tel qu'un soulier trop serré ou une ceinture.)

a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des spasmes musculaires?~~ (choisissez UNE seule réponse)

☐ ~~Oui~~ ☐ ~~Non~~ ☐ ~~Ne sais pas~~ (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 2)

b) ~~Laquelle, parmi les affirmations suivantes, décrit le mieux vos spasmes musculaires?~~

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Induites seulement par stimulation	Spasmes spontanés et non fréquents < 1 par heure	Spasmes spontanés < 10 par heure	Spasmes spontanés > 10 par heure	Ne sais pas

c) ~~Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ces spasmes musculaires?~~

☐ ~~Oui~~ ☐ ~~Non~~

d) ~~Lorsque vous avez des spasmes musculaires, à quel point est-ce que cela limite vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)

☐ ~~Pas du tout~~ ☐ ~~Très peu~~ ☐ ~~Partiellement~~ ☐ ~~Beaucoup~~ ☐ ~~Complètement~~

26- Contracture articulaire (limitation de l'amplitude des mouvements causée par une atrophie des tissus mous entourant une jointure, comme le coude ou la hanche. Ceci survient lorsqu'une jointure ne bouge pas fréquemment dans toute son amplitude. Ce problème comporte souvent de la douleur.)

a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de contractures articulaires?~~ (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 27)

b) ~~Vous avez mentionné avoir souffert de contractures de articulations au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~

☐ ~~Oui~~ ☐ ~~Non~~

c) ~~Lorsque vous avez souffert de contracture de articulations, à quel point est-ce que cela a limité vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)

☐ ~~Pas du tout~~ ☐ ~~Très peu~~ ☐ ~~Partiellement~~ ☐ ~~Beaucoup~~ ☐ ~~Complètement~~

27- Ostéoporose (modifications de la densité osseuse causant une perte de masse osseuse et un risque plus élevé de fractures.)

a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'ostéoporose?~~ (choisissez UNE seule réponse)

☐ ~~Oui~~ ☐ ~~Non~~ ☐ ~~Ne sais pas~~ (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 28)

b) ~~Vous avez mentionné avoir souffert d'ostéoporose au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~ (choisissez UNE seule réponse)

☐ ~~Oui~~ ☐ ~~Non~~

c) ~~À quel point est-ce que l'ostéoporose a limité vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)

☐ ~~Pas du tout~~ ☐ ~~Très peu~~ ☐ ~~Partiellement~~ ☐ ~~Beaucoup~~ ☐ ~~Complètement~~

28. ~~Fractures osseuses~~ (~~os brisés~~)

- a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi des fractures osseuses?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas~~ (~~si Non ou Ne sais pas, allez à la question 18~~)
- b) ~~Vous avez mentionné avoir subi des fractures osseuses au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Oui ☐ Non~~
- c) ~~À quel point est-ce que vos fractures ont limité vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement~~

29. ~~Ostéoarthrite/arthritis dégénérative~~ (~~« usure » sur les articulations causant de la douleur, de l'enflure, et une restriction des mouvements/fonctions des articulations.~~)

- a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'ostéoarthrite/arthritis dégénérative?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas~~ (~~si Non ou Ne sais pas, allez à la question 29~~)
- b) ~~Vous avez mentionné avoir souffert d'ostéoarthrite/arthritis dégénérative au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Oui ☐ Non~~
- c) ~~À quel point est-ce que l'ostéoarthrite/l'arthrite rhumatoïde a affecté vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement~~

30. ~~Arthrite rhumatoïde~~ (~~une forme d'arthrite qui cause de la douleur, de l'enflure, de l'enraidissement et la perte de fonction dans les articulations. Peut affecter n'importe quelle jointure mais plus souvent les poignets et les doigts.~~)

- a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'arthrite rhumatoïde?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas~~ (~~si Non ou Ne sais pas, allez à la question 31~~)
- b) ~~Vous avez mentionné avoir souffert d'arthrite rhumatoïde au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Oui ☐ Non~~
- c) ~~À quel point est-ce que l'arthrite rhumatoïde a limité vos activités?~~ (choisissez UNE seule réponse)
- ~~☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement~~

31. Dysfonction sexuelle (incluant l'insatisfaction des fonctions sexuelles. Cette insatisfaction peut être causée par les sensations réduites, les changements à l'image corporelle, la difficulté à bouger, et des problèmes avec vos intestins ou votre vessie, telles que des infections.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de dysfonction sexuelle? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 32)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de dysfonction sexuelle au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez souffert de dysfonction sexuelle, à quel point est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

32. Maladies cérébro-vasculaires, accident cérébro-vasculaire, accident ischémique cérébral

(i.e. AIC) (perte permanente ou temporaire ou diminution des fonctions cérébrales due à une interruption de l'afflux sanguin au cerveau)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un accident cérébro-vasculaire? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 33)

b) Vous avez mentionné avoir subi un accident cérébro-vasculaire au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

c) À quel point est-ce que cet accident cérébro-vasculaire a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

33. Maladies cardiovasculaires (terme global désignant une variété de maladies affectant le cœur et incluant : crise cardiaque, angine [i.e. douleur à la poitrine], insuffisance cardiaque, maladie coronarienne.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de maladie cardiovasculaire? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 34)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de maladie cardiovasculaire au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

c) À quel point est-ce que la maladie cardiovasculaire a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

34. Maladie du foie (terme global désignant une variété de maladies affectant le foie et incluant : cirrhose et hépatite.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de maladie du foie? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (Si Non ou Ne sais pas, allez à la question 35)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de maladie du foie au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non

c) À quel point est-ce que la maladie du foie a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement**35. Problèmes de poids** (difficulté à maintenir un poids santé [spécifiquement un bon ratio muscles-gras] et/ou des problèmes avec la taille de l'abdomen)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des problèmes de poids? (choisissez UNE seule réponse)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 36)

b) Vous avez mentionné avoir eu des problèmes de poids au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?

☐ Oui ☐ Non

c) Lorsque vous avez eu des problèmes de poids, à quel degré est-ce que cela a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement**36. Diabète** (le diabète est un problème résultant d'irrégularités dans le taux de glucose sanguin. Les symptômes incluent une envie fréquente d'uriner et une soif excessive. Cette condition est diagnostiquée par un médecin.)

a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de diabète? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 37)

b) Vous avez mentionné avoir souffert de diabète au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu un quelconque traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Oui ☐ Non (si Non, allez à la question 36d)

c) Quels types de traitements? (choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

<input type="checkbox"/> Modification de votre alimentation	<input type="checkbox"/> Médication orale	<input type="checkbox"/> Injections d'insuline	<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____
--	---	--	---

d) À quel point est-ce que le diabète a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)

☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement

37- Cancer (croissance incontrôlée et propagation de cellules anormales dans certaines parties du corps.)a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un cancer? (choisissez UNE seule réponse)~~~~☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 38)~~b) ~~Est-ce que le cancer s'est propagé ou a métastasé à d'autres parties de votre corps?~~~~☐ Oui ☐ Non~~c) ~~Vous avez mentionné avoir eu un cancer au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~~~☐ Oui ☐ Non~~d) ~~À quel point est-ce que le cancer a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)~~~~☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement~~**38- Ulcère ou reflux gastrique** (plaies à l'intérieur de l'estomac ou des intestins, régurgitation du contenu de l'estomac dans l'œsophage causant une sensation de brûlement d'estomac.)a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'ulcère(s) ou de reflux gastrique? (choisissez UNE seule réponse)~~~~☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas (si Non ou Ne sais pas, allez à la question 39)~~b) ~~Vous avez mentionné avoir souffert d'ulcère(s) ou de reflux gastrique au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)~~~~☐ Oui ☐ Non~~c) ~~À quel point est-ce que le/les ulcère(s) ou le reflux gastrique ont/a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)~~~~☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement~~**39- Blessures causées par la perte de sensation** (une blessure peut survenir en raison de la perte de sensation, comme de vous brûler en transportant des liquides chauds sur vos genoux ou le fait de vous asseoir trop près d'une chaufferette ou d'un feu.)a) ~~Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des blessures causées par la perte de sensation? (choisissez UNE seule réponse)~~

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(si Jamais ou Ne sais pas, allez à la question 40)
Une fois par année	Quelques fois par année	Quelques fois par mois	Quelques fois par semaine	Tous les jours	Jamais	Ne sais pas	

b) ~~Vous avez mentionné avoir subi des blessures causées par la perte de sensation au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème?~~~~☐ Oui ☐ Non~~c) ~~Lorsque vous avez subi des blessures causées par la perte de sensation, à quel degré est-ce que ces blessures ont limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)~~~~☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement~~

40- Autre problème de santé (spécifiez) : _____

a) ~~Avez-vous souffert de ce problème de santé au cours des 12 derniers mois? (choisissez UNE seule réponse)~~

~~☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sais pas~~

~~(si Non ou Ne sais pas, allez au questionnaire sur les complications secondaires)~~

b) ~~Vous avez mentionné avoir souffert de ce problème au cours des 12 derniers mois. Avez-vous reçu une quelconque forme de traitement pour ce problème? (choisissez UNE seule réponse)~~

~~☐ Oui ☐ Non~~

c) ~~À quel point est-ce que cette condition a limité vos activités? (choisissez UNE seule réponse)~~

~~☐ Pas du tout ☐ Très peu ☐ Partiellement ☐ Beaucoup ☐ Complètement~~

<u>Complications secondaires & état de santé</u>	<u>a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi :?</u> (Si non, ou si vous ne savez pas, passez à la prochaine question)	<u>b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?</u>	<u>c) est-ce que cela a limité vos activités?</u>
<u>1. Dysréflexie autonome</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>2. Étourdissements/ vertiges</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>3. Infections respiratoires</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>4. Plaies de pression - Nouvelles</u>	<p>Au cours des 12 derniers mois (ou s'il s'agit de votre premier CFU, depuis votre obtention de congé du centre hospitalier), combien avez-vous eu de plaies de pression?</p> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>Parmi ces NOUVELLES plaies de pression, combien sont dans un NOUVEL endroit? (i.e., un endroit où vous n'avez pas déjà eu de plaie de pression)</p> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus	<p>Si oui, est-ce que les plaies ont été traitées chirurgicalement?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>Complications secondaires & état de santé</u>	<u>a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi :?</u> (Si non, ou si vous ne savez pas, passez à la prochaine question)	<u>b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?</u>	<u>c) est-ce que cela a limité vos activités?</u>

<u>Complications secondaires & état de santé</u>	<u>a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi :?</u> (Si non, ou si vous ne savez pas, passez à la prochaine question)	<u>b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?</u>	<u>c) est-ce que cela a limité vos activités?</u>
<u>5. Plaies de pression - chroniques</u>	Autre que les NOUVELLES plaies de pression décrites ci-haut, combien de plaies de pression CONTINUES/NON-GUÉRIES avez-vous que vous aviez avant? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ou plus <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, est-ce que les plaies ont été traitées chirurgicalement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>6. Infection urinaires</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>7. Incontinence urinaire</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>8. Fatigue</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>9. Dépression/Troubles de l'humeur</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>10. Problèmes d'épaules</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>11. Spasticité</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas Quel énoncé décrit le mieux vos spasmes musculaires? <input type="checkbox"/> Provoqués par stimulation <input type="checkbox"/> Spontanés et occasionnelles < 1 par heure <input type="checkbox"/> Spontanés < 10 par heure <input type="checkbox"/> Spontanés > 10 par heure <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Complications secondaires & état de santé</u>	<u>a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi : (Si non, ou si vous ne savez pas,</u>	<u>b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?</u>	<u>c) est-ce que cela a limité vos activités?</u>

<u>Complications secondaires & état de santé</u>	<u>a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi :?</u> (Si non, ou si vous ne savez pas, passez à la prochaine question)	<u>b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?</u>	<u>c) est-ce que cela a limité vos activités?</u>
	<u>passez à la prochaine question)</u>		
<u>12. Contractures articulaires</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>13. Fractures osseuses</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>14. Ostéoarthrite/arthritis dégénérative</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>15. Dysfonction sexuelle</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>16. Maladies cérébrovasculaires, AVC, ischémies cérébrales transitoires (i.e. ICT)</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>17. Maladies cardiovasculaires</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>18. Diabète</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <u>Quel type de traitement?</u> (Choisissez TOUTES les réponses pertinentes) <input type="checkbox"/> Changement d'alimentation <input type="checkbox"/> Médication par voie orale <input type="checkbox"/> Injections d'insuline <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez): <hr/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- 1. Dysrèflexie autonome** (parfois appelée hyperrèflexie – les symptômes de la dysrèflexie incluent des hausses soudaines de pression artérielle, de la transpiration, de la chair de poule, la dilatation des pupilles et des maux de tête. Elle peut survenir comme réaction du corps à la douleur, quand un individu n'a plus de sensation, ou de problèmes dans les systèmes de régulation de la température corporelle.)
- 2. Étourdissements/vertiges** (parfois appelés hypotension posturale – Forte sensation de vertige après un changement de position. Cet état est causé par une chute soudaine de pression artérielle.)
- 3. Infections respiratoires** (aussi appelées pneumonie – maladie pulmonaire de courte durée causée par une infection et incluant de l'inflammation et de la congestion suivies d'un dégagement. Incluant aussi une augmentation des sécrétions, de la fièvre, des frissons, de la toux et de la difficulté à respirer.)

<u>Complications secondaires & état de santé</u>	<u>a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi :?</u> (Si non, ou si vous ne savez pas, passez à la prochaine question)	<u>b) Avez-vous reçu une forme quelconque de traitement pour ce problème?</u>	<u>c) est-ce que cela a limité vos activités?</u>
<p>4. Plaies de pression - Nouvelles (aussi appelées ulcères cutanés, plaies de lit, et escarres de décubitus – une blessure cutanée souvent causée par la pression constante contre la peau, causant un apport sanguin réduit à la région concernée et entraînant la nécrose des tissus. Ces plaies peuvent débuter comme une zone d'irritation cutanée et progresser vers des plaies infectées.)</p> <p>5. Plaies de pression - Chroniques (aussi appelées ulcères cutanés, plaies de lit, et escarres de décubitus – une blessure cutanée souvent causée par la pression constante contre la peau, causant un apport sanguin réduit à la région concernée et entraînant la nécrose des tissus. Ces plaies peuvent débuter comme une zone d'irritation cutanée et progresser vers des plaies infectées.)</p> <p>6. Infections urinaires (incluant les infections comme les cystites et les infections à pseudomonas. Les symptômes incluent de la douleur en urinant, une sensation de brûlure à travers le corps, du sang dans les urines et de l'urine trouble.)</p> <p>7. Incontinence urinaire (fuites urinaires, contournement de cathéter.)</p> <p>8. Fatigue (sensation constante de fatigue, manque d'énergie, apathie.)</p> <p>9. Dépression/Troubles de l'humeur (un état de tristesse intense qui dure pendant plus de deux semaines et progresse au point d'affecter votre quotidien – vous sentir « découragé », être fatigué, vous sentir irritable sans raison apparente.)</p> <p>10. Problèmes d'épaules (ceci inclut la douleur aux articulations des épaules et/ou aux muscles. Les personnes qui surutilisent certains groupes musculaires particuliers, comme les muscles des épaules, ou qui mettent trop de pression sur leurs articulations sont à risque de développer de la douleur.)</p> <p>11. Spasticité (mouvements musculaires spontanés et incontrôlés, comme des tics ou des spasmes. Souvent, la spasticité est augmentée par une infection ou une forme de restriction, tel qu'un soulier trop serré ou une ceinture.)</p> <p>12. Contracture articulaire (limitation de l'amplitude des mouvements causée par une atrophie des tissus mous entourant une jointure, comme le coude ou la hanche. Ceci survient lorsqu'une jointure ne bouge pas fréquemment dans toute son amplitude. Ce problème comporte souvent de la douleur.)</p> <p>13. Fractures osseuses (os brisés.)</p> <p>14. Ostéoarthrite/arthritis dégénérative (« usure » sur les articulations causant de la douleur, de l'enflure, et une restriction des mouvements/fonctions des articulations.)</p> <p>15. Dysfonction sexuelle (incluant l'insatisfaction des fonctions sexuelles. Cette insatisfaction peut être causée par les sensations réduites, les changements à l'image corporelle, la difficulté à bouger, et des problèmes avec vos intestins ou votre vessie, telles que des infections.)</p> <p>16. Maladies cérébrovasculaires, accident cérébrovasculaire, accident ischémique cérébral (i.e. AIC) (perte permanente ou temporaire ou diminution des fonctions cérébrales due à une interruption de l'afflux sanguin au cerveau)</p> <p>17. Maladies cardiovasculaires (terme global désignant une variété de maladies affectant le cœur et incluant : crise cardiaque, angine [i.e. douleur à la poitrine], insuffisance cardiaque, maladie coronarienne.)</p> <p>18. Diabète (le diabète est un problème résultant d'irrégularités dans le taux de glucose sanguin. Les symptômes incluent une envie fréquente d'uriner et une soif excessive. Cette condition est diagnostiquée par un médecin.)</p>			

Mesure de l'utilisation des soins de santé

Les questions ci-dessous traitent de vos contacts avec le système de santé. (s'il s'agit de votre premier questionnaire communautaire de suivi ~~après un an~~, veuillez ~~seulement~~ tenir compte du temps écoulé depuis l'obtention de votre congé après votre premier séjour en centre hospitalier [soins aigus et/ou réadaptation]. Vous pouvez répondre « oui » aux questions ci-dessous, même si vous avez eu les conditions pour une longue période.) ~~hospitalisation initiale [incluant les soins aigus et/ou de réadaptation]~~

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous séjourné plus de 24 heures (dormi) à l'hôpital?

☐ Oui

☐ Non (allez à la question 3 à la page 29)

2. Pendant combien de nuits au cours des 12 derniers mois? (si vous ne connaissez pas le nombre exact, veuillez estimer)

3. Nombre des visites à l'urgence au cours des 12 derniers mois : (si vous ne connaissez pas le nombre exact, veuillez estimer)

3. Au cours des 12 derniers mois, sans compter les occasions où vous avez dormi à l'hôpital, combien de fois avez-vous vu ou consulté par téléphone les professionnels énumérés ci-dessous? Incluez tous les rendez-vous ou les appels téléphoniques où votre santé émotionnelle, physique ou mentale, ou votre besoin de services sociaux ont été traités/discutés avec un/une:

(si vous ne connaissez pas le nombre exact, veuillez estimer)

<input type="checkbox"/> Gestionnaire de cas / Coordonnateur clinique	_____ fois
<input type="checkbox"/> Conseiller(ère) en alcoolisme/toxicomanie	_____ fois
<input type="checkbox"/> Médecin de famille/Généraliste	_____ fois
<input type="checkbox"/> Infirmier(ère)	_____ fois
<input type="checkbox"/> Nutritionniste/Diététiste	_____ fois
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute	_____ fois
<input type="checkbox"/> Orthésiste/Prothésiste	_____ fois
<input type="checkbox"/> Psychiatre/Psychologue	_____ fois
<input type="checkbox"/> Physiatre (médecin en réadaptation)	_____ fois
<input type="checkbox"/> Physiothérapeute	_____ fois
<input type="checkbox"/> Récréothérapeute	_____ fois
<input type="checkbox"/> Inhalothérapeute	_____ fois
<input type="checkbox"/> Pneumologue	_____ fois
<input type="checkbox"/> Membre d'un groupe de soutien en LM	_____ fois
<input type="checkbox"/> Clinicien(ne) en santé sexuelle	_____ fois
<input type="checkbox"/> Travailleur(euse) social(e)	_____ fois
<input type="checkbox"/> Orthophoniste	_____ fois
<input type="checkbox"/> Chirurgien rachidien	_____ fois
<input type="checkbox"/> Urologue	_____ fois
<input type="checkbox"/> Conseiller(ère) en orientation	_____ fois
<input type="checkbox"/> Infirmier(ère)/Spécialiste en soins des plaies	_____ fois
<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____	_____ fois
<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____	_____ fois
<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____	_____ fois
<input type="checkbox"/> Je n'ai parlé à aucun professionnel de la santé.	

4. Au cours des 12 derniers mois, y-a-t-il eu un moment où vous sentiez que vous aviez besoin de soins de santé mais que vous ne les avez pas obtenus?

☐ Oui

☐ Non (allez à SF-12 à la page 20 à SF-36v2™ à la page 31)

5. À quelle fréquence est-ce arrivé au cours des 12 derniers mois? (si le nombre exact est inconnu, veuillez estimer)

6. En référence à la dernière fois, pourquoi n'avez-vous pas bénéficié de soins?

(choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

☐ Non disponibles dans ma région

☐ Non disponibles au moment du besoin (médecin en vacances, les heures ne convenaient pas)

☐ Trop longue période d'attente

☐ Je pensais que le service serait inadéquat

☐ Coût

☐ Trop occupé(e)

☐ Je n'ai pas eu/pris le temps

☐ Je ne savais pas où aller

☐ Problèmes de transport

☐ Barrière de langage

☐ Responsabilités personnelles ou familiales

☐ Je n'aime pas/Je crains le docteur

☐ J'ai décidé de ne pas aller chercher de soins

☐ Établissements de soins inaccessibles / soins inadéquats en raison de barrières environnementales dans l'établissement

☐ Autre (spécifiez) : _____

7. Toujours en référence à la dernière fois, de quel type de soins aviez-vous besoin?

(choisissez TOUTES les réponses pertinentes)

☐ Examen régulier

☐ Soins de blessure (ex. : brûlures, fractures, coupures, commotions)

☐ Problème physique (ex. : haute pression, pneumonie)

☐ Troubles d'humeur/Problème de santé mentale

☐ Autre (spécifiez) : _____

FR-CQ-CFU
Page 38 de 50

1. ~~En général, votre santé est:~~

Beaucoup
mieux
~~qu'il y a un an~~
☐

Un peu
pire qu'il
y a un an

Significativement
pire qu'il y a un
an

~~Oui, très~~
limité

Oui, un peu limité

~~Non, pas
limité du
tout~~

4

[illegible]

<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE </p>	<p>  CAMBRIDGE INTERNATIONAL EDUCATION </p>
---	---

f

<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE <small>EXAMINATIONS</small> </p>	<p> PHYSICS <small>AS & A LEVEL</small> </p>	<p> 9702 </p>
---	---	----------------------

<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE </p>	<p> CAMBRIDGE INTERNATIONAL EDUCATION </p>
---	---

F

--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

F

<p>  UNIVERSITY OF CAMBRIDGE </p>	<p> CAMBRIDGE INTERNATIONAL </p>
---	---

<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE </p>	<p>  CAMBRIDGE INTERNATIONAL EDUCATION </p>
---	---

F

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

F

<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE <small>INSTITUTE OF EDUCATION</small> </p>	<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE <small>INSTITUTE OF EDUCATION</small> </p>
---	---

<p>  UNIVERSITY OF CAMBRIDGE <small>INSTITUTE OF EDUCATION</small> </p>	<p>  UNIVERSITY OF CAMBRIDGE <small>INSTITUTE OF EDUCATION</small> </p>
---	---

F

[illegible]

<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE </p>	<p> CAMBRIDGE INTERNATIONAL EDUCATION </p>
---	---

F

<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE EXAMINERS MATHEMATICS TRIPOS PART I 2014 </p>	<p> UNIVERSITY OF CAMBRIDGE EXAMINERS MATHEMATICS TRIPOS PART I 2014 </p>
---	---

j)h) _____ ☐ ☐ ☐
e-laver ou s'habiller

4. ~~Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous vécu les problèmes suivants dans votre travail ou vos autres activités quotidiennes en raison de votre état de santé?~~

	Tout le temps	la plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
a) Réduire la <u>quantité de temps</u> consacrée au travail ou à d'autres activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <u>Accomplir moins que</u> vous vouliez faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)a) _____ vez été limité quand à la <u>nature</u> du travail ou des autres activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)b) _____ u de la <u>difficulté</u> performer au travail ou à dans d'autres activités (ex: demande un plus grand effort)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ~~Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous vécu les problèmes suivants dans votre travail ou vos autres activités quotidiennes en raison de problèmes émotifs (comme se sentir déprimé ou anxieux)?~~

	Tout le temps	la plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
a) Réduire la <u>quantité de temps</u> consacrée au travail ou à d'autres activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <u>Accomplir moins que</u> vous vouliez faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)b) <u>Accomplir vos</u> activités de travail avec <u>moins de soin</u> que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.5. ~~Au cours des 4 dernières semaines, à quel point est-ce que vos problèmes de santé physique, ou émotifs ont interféré avec vos activités sociales régulières avec votre famille, vos amis, vos voisins ou des groupes?~~

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Modérément

☐

Beaucoup

☐

Extrêmement

☐**7.6. Quel est le degré de douleur physique que vous avez ressenti au cours des 4 dernières semaines?**

Aucune

☐

Très faible

☐

Faible

☐

Modérée

☐

Sévère

☐

Très sévère

☐**8.7. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la douleur a-t-elle interféré avec votre travail régulier (incluant le travail à l'extérieur comme les tâches ménagères)?**

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Modérément

☐

Beaucoup

☐

Extrêmement

☐**9. Les questions suivantes portent sur comment vous vous sentez et comment les choses se passent avec vous au cours des 4 dernières semaines. Pour chacune des questions, veuillez choisir la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez.****À quelle fréquence au cours des 4 dernières semaines...**Tout le
tempsla plupart
du temps

Parfois

Rarement

Jamais

a) Vous êtes-vous senti
plein de vie?☐☐☐☐☐b) Vous êtes-vous senti
nerveux?☐☐☐☐☐c) Vous êtes-vous senti
si triste que rien ne
pouvait vous rendre
de bonne humeur?☐☐☐☐☐d) Vous êtes-vous senti
calme et en paix?☐☐☐☐☐e) Étiez-vous plein
d'énergie?☐☐☐☐☐f) Vous sentiez-vous
découragé et
déprimé?☐☐☐☐☐g) Vous sentiez-vous
fatigué/épuisé?☐☐☐☐☐

h) Étiez-vous heureux?

☐☐☐☐☐

i) Étiez-vous fatigué?

☐☐☐☐☐**10.8. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence est-ce que votre santé physique ou vos problèmes émotifs ont interféré avec vos activités sociales (ex: visiter des amis, parenté, etc.)?**

Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.9. En ce qui vous concerne, à quel point est-ce que chacun des énoncés suivants est VRAI ou FAUX?

	Très vrai	Assez vrai	Ne sais pas	Assez faux	Absolument faux
a) Je tombe malade plus facilement que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Je suis en aussi bonne santé que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Je crois que ma santé va empirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ma santé est excellente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2000 by Quality Metric Incorporated and Medical Outcomes Trust—All Rights Reserved
SF-36 is a registered trademark of Medical Outcomes Trust
(SF-36v2 Standard, US Version 2.0)

Questionnaire de santé SF-12v2™

Votre santé et bien-être

Ce questionnaire vous demande votre opinion à propos de votre santé. Ces renseignements aideront à faire un suivi de votre état et de votre facilité à faire vos activités habituelles. *Merci de répondre à ce questionnaire!*

Pour chacune des questions, cochez la réponse qui correspond le mieux à la vôtre.

1. En général, votre santé est :

Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Les questions suivantes touchent à vos activités quotidiennes typiques. Est-ce que votre santé vous limite dans ces activités? Si oui, à quel point?

	Oui, très limité	Oui, un peu limité	Non, pas limité du tout
a) Activités modérées, comme déplacer une table, pousser un aspirateur, jouer aux quilles, ou jouer au golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Grimper plusieurs paliers d'escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous vécu les problèmes suivants dans votre travail ou vos autres activités quotidiennes en raison de votre état de santé?

	<u>Tout le temps</u>	<u>La plupart du temps</u>	<u>Parfois</u>	<u>Rarement</u>	<u>Jamais</u>
a) Accomplir moins que vous vouliez faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez été limité quant à la nature du travail ou d'autres activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous vécu les problèmes suivants dans votre travail ou vos autres activités quotidiennes en raison de problèmes émotifs (comme se sentir déprimé ou anxieux)?

	<u>Tout le temps</u>	<u>La plupart du temps</u>	<u>Parfois</u>	<u>Rarement</u>	<u>Jamais</u>
a) Accomplir moins que vous vouliez faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Accomplir des activités de travail avec moins de soin que d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Au cours des 4 dernières semaines, à quel point la douleur a-t-elle interféré avec votre travail régulier (incluant le travail à l'extérieur de la maison et les tâches ménagères)?

<u>Pas du tout</u>	<u>Un peu</u>	<u>Modérément</u>	<u>Beaucoup</u>	<u>Extrêmement</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Les questions suivantes portent sur comment vous vous sentez et comment les choses se passent avec vous au cours des 4 dernières semaines. Pour chacune des questions, veuillez choisir la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez. À quelle fréquence au cours des 4 dernières semaines ...

	<u>Tout le temps</u>	<u>La plupart du temps</u>	<u>Parfois</u>	<u>Rarement</u>	<u>Jamais</u>
a) Vous êtes-vous senti calme et en paix?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Étiez-vous plein d'énergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vous sentiez-vous découragé et déprimé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence est-ce que votre santé physique ou vos problèmes émotifs ont interféré avec vos activités sociales (visiter des amis, parenté, etc.)?

Tout le temps

☐

La plupart du temps

☐

Parfois

☐

Rarement

☐

Jamais

☐

Merci d'avoir répondu à ces questions!

SF-12v2® Health Survey ® 1992-2002 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated.
Tous droits réservés.

SF-12® est une marque déposée de Medical Outcomes Trust.
(SF-12v2® Health Survey Standard, Canada (Anglais))

Inventaire des facteurs environnementaux du Craig Hospital— Formulaire court (CHIEF®)

Être un membre actif et productif de la société veut dire participer dans des activités telles que travailler, étudier, prendre soin de son domicile et s'impliquer avec la famille et les amis dans des activités sociales, récréatives et civiques au sein de la communauté. Plusieurs facteurs peuvent aider ou améliorer la participation d'un individu à de telles activités alors que d'autres facteurs peuvent créer des embûches et limiter la participation.

Section A

Premièrement, pensez-vous avoir profité des mêmes opportunités que les autres afin de pouvoir participer et profiter de:

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1) Éducation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2) Emploi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3) Activités récréatives/loisirs | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Section B

ENTREVUE / PAR COURRIER

FR-CQ-CFU

Page 44 de 50

À quelle fréquence est-ce que les situations suivantes vous ont occasionné des embûches quand à votre participation aux activités qui vous tenaient à cœur? Pensez à la ~~dernière année~~ et indiquez si chaque item sur la liste ci-dessous a été la source d'un problème à chaque ~~jour, semaine, mois, moins qu'aux mois ou jamais~~. Si vous rencontrez la situation en question, indiquez s'il s'agit d'un gros ou d'un petit problème quand à votre participation aux activités qui vous tiennent à cœur.

Note: Si une question porte spécifiquement sur ~~l'école ou le travail~~ et que vous ne travaillez pas et n'allez pas à l'école, répondez **non applicable**.

	Jour	Semaine	Mois	Moins qu'au mois	Jamais	Non applicable	Gros problème	Petit problème
1. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que l'accès au transport a été un problème pour vous? Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon vous, s'agit-il d'un gros ou d'un petit problème?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que l'environnement — température, terrain, climat — vous a causé de la difficulté à accomplir ce que vous vouliez faire? Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon vous, s'agit-il d'un gros ou d'un petit problème?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que d'autres aspects de votre environnement — luminosité, bruit, foules, etc. — vous ont causé des difficultés à faire ce que vous vouliez ou deviez faire? Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon vous, s'agit-il d'un gros ou d'un petit problème?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que l'information que vous vouliez ou dont vous aviez besoin n'était pas disponible dans un format que vous pouviez utiliser ou comprendre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

ENTREVUE / PAR COURRIER

FR-CQ-CFU
Page 45 de 50

Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon vous, s'agit-il d'un gros ou d'un petit problème?

☐ ☐

5. — Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté en regard de la disponibilité des soins médicaux dont vous aviez besoin?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon vous, s'agit-il d'un gros ou d'un petit problème?

☐ ☐

6. — Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu besoin de l'aide d'autrui à votre domicile et avez-vous eu de la difficulté à l'obtenir?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon vous, s'agit-il d'un gros ou d'un petit problème?

☐ ☐

Jour **Semaine** **Mois** **Moins qu'un mois** **Jamais** **Non applicable** **Gros problème** **Petit problème**

7.2. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu besoin de l'aide d'autrui à l'école ou au travail et avez-vous eu de la difficulté à l'obtenir?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon vous, s'agit-il d'un gros ou d'un petit problème?

☐ ☐

8. — Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que les attitudes des autres envers vous ont causé des problèmes à votre domicile?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon vous, s'agit-il d'un gros ou d'un petit problème?

☐ ☐

9. — Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que les attitudes des autres vous ont causé des problèmes à l'école ou au travail?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Lorsque vous rencontrez ce type de problème, selon

☐ ☐

ENTREVUE / PAR COURRIER

FR-CQ-CFU
Page 46 de 50vous, s'agit-il d'un gros ou
d'un petit problème?10. Au cours des 12 derniers mois,
combien de fois avez-vous subi
des
préjudices ou de la
discrimination?☐☐☐☐☐Lorsque vous rencontrez ce
type de problème, selon
vous, s'agit-il d'un gros ou
d'un petit problème?☐☐11. Au cours des 12 derniers mois,
combien de fois avez-vous eu
des
problèmes causés par des
règles et
politiques
d'organismes/organisations?☐☐☐☐☐Lorsque vous rencontrez ce
type de problème, selon
vous, s'agit-il d'un gros ou
d'un petit problème?☐☐12. Au cours des 12 derniers mois,
combien de fois avez-vous eu
de la
difficulté à obtenir ce dont vous
aviez
besoin ou à accomplir ce que
vous
vouliez via les programmes et
politiques gouvernementaux?☐☐☐☐☐Lorsque vous rencontrez ce
type de problème, selon
vous, s'agit-il d'un gros ou
d'un petit problème?☐☐

©(for information contact charrison-felix@craighospital.org or dmellick@craighospital.org)

Échelle d'auto-efficacité générale (version anglaise par Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1995)**Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez cocher le choix qui indique le mieux à quel point l'affirmation est vraie pour vous. Ces questions portent sur votre opinion. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.****1. J'arrive toujours à solutionner les problèmes difficiles si j'y mets suffisamment d'effort.**☐Pas du
tout vrai☐Pas tellement
vrai☐Modérément
vrai☐

Exactement vrai

2. Si quelqu'un s'oppose à moi, j'arrive à trouver comment obtenir ce que je veux.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

3. Il est facile pour moi de maintenir mes buts et d'atteindre mes objectifs.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

4. Je suis confiant de pouvoir faire face à des événements inattendus de manière efficace.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

5. Grâce à ma débrouillardise, je sais comment réagir à des situations inattendues.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

6. Je peux trouver une solution à la plupart des problèmes si j'y mets les efforts nécessaires.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

7. Je suis capable de rester calme lorsque je suis confronté à des difficultés puisque je peux compter sur mes capacités d'adaptation.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

8. Lorsque je suis confronté à un problème, je peux généralement trouver plusieurs solutions.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

9. Si j'ai un problème, je trouve normalement une solution.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

10. Je peux généralement faire face à toutes les situations.

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout vrai | <input type="checkbox"/> Pas tellement vrai | <input type="checkbox"/> Modérément vrai | <input type="checkbox"/> Exactement vrai |
|---|---|--|--|

Questionnaire LISAT-11

Vous trouverez ci-après quelques énoncés concernant la satisfaction que vous ressentez à propos de divers aspects de votre vie. Pour chacun des énoncés, veuillez choisir un chiffre de 1 à 6, où 1 signifie très insatisfaisant et 6 signifie très satisfaisant.

	très insatisfaisant	insatisfaisant	modérément insatisfaisant	modérément satisfaisant	satisfaisant	très satisfaisant
1. Ma vie en général est:	1	2	3	4	5	6
2. Ma situation professionnelle est:	1	2	3	4	5	6
3. Ma situation financière est:	1	2	3	4	5	6
4. Ma situation de loisirs est:	1	2	3	4	5	6
5. Mon contact avec mes amis et connaissances est:	1	2	3	4	5	6
6. Ma vie sexuelle est:	1	2	3	4	5	6
7. Ma capacité de prendre soin de moi (habillement, hygiène, transferts, etc.) est:	1	2	3	4	5	6
8. Ma vie de famille est: <input type="checkbox"/> je n'ai pas de famille	1	2	3	4	5	6
9. Ma relation avec mon/ma partenaire est: <input type="checkbox"/> je n'ai pas de partenaire stable	1	2	3	4	5	6
10. Ma santé physique est:	1	2	3	4	5	6
11. Ma santé psychologique est:	1	2	3	4	5	6

Évaluation des besoins

Afin de pouvoir profiter de la vie, les personnes ayant une lésion médullaire (LM) ont des besoins reliés à leur situation qui doivent être comblés.

Nous voulons en savoir plus sur **vos besoins reliés à votre lésion médullaire et à quel point ces besoins sont satisfaits.**

Est-ce que les besoins et services suivants (en soutien à votre vie dans la communauté) sont présentement satisfaits?

<u>Logement accessible</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Soins auxiliaires ?</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Soutien de revenu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Équipement et aides techniques</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Transport sur de courtes distances</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Transport sur de longues distances</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>LM-Soins de santé spécialisés</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Soins de santé globaux</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Soutien affectif</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Coordination</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Soutien des pairs ayant une LM</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Formation à l'emploi</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Programmes de saines habitudes de vie, activités et loisirs</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Autre : _____</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>
<u>Autre : _____</u>	<input type="checkbox"/> <u>Beaucoup ou complètement</u>	<input type="checkbox"/> <u>Un peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Très peu</u>	<input type="checkbox"/> <u>Pas du tout</u>	<input type="checkbox"/> <u>N/A</u>

Veuillez indiquer la date à laquelle vous avez complété ce questionnaire :

				/			/		
AAAA					MM			JJ	

Merci!

Votre participation continue au RHSCIR est très importante.
Les gens qui oeuvrent dans le domaine des lésions médullaires se servent de ces renseignements afin de fournir de meilleurs soins aujourd'hui et mener des projets de recherche pouvant amener à la guérison demain.

~~À l'usage exclusif du bureau:~~

~~Détails à propos de la
collecte de données~~

~~Point de collecte: Année de suivi en communauté (i.e., 1, 2, 5, 10):~~

~~Méthode de
collecte:~~

☐ Face à face

☐ Par téléphone

☐ Par courrier

☐ Par voie électronique

~~Interviewer ou
vérificateur
du questionnaire par
courrier
(nom en lettres moulées
svp):~~

~~Vos
initiales
ici:~~