

Questionnaire de qualité de vie - VQ11

Questionnaire de qualité de vie **BPCO-VQ11**

Nom _____ Prénom _____

Date ____ / ____ / 20____

Les phrases suivantes expriment des sentiments sur les conséquences d'une maladie respiratoire. Pour chacune, cochez l'intensité qui vous correspond le mieux maintenant. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

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

S'il vous plaît, vérifiez d'avoir répondu à chaque question. En vous remerciant.

| | Somme |
|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | |
| <input type="radio"/> | |
| <input type="checkbox"/> | |
| Total | |



Echelle de BORG modifiée

- 10** Essoufflement maximal
- 9** Essoufflement extrêmement sévère
- 8**
- 7** Essoufflement très sévère
- 6**
- 5** Essoufflement sévère
- 4** Essoufflement presque sévère
- 3** Essoufflement modéré
- 2** Essoufflement léger
- 1** Essoufflement très léger
- 0,5** Essoufflement à peine notable
- 0** Aucun essoufflement