



## Questionnaire à remplir le jour de votre inscription au service LMCoach

Vous êtes inscrit(e) au service d'accompagnement LMCoach ! Afin de nous aider à améliorer la qualité de notre service d'accompagnement, il vous sera demandé de remplir des questionnaires aujourd'hui, dans 1 mois et dans 6 mois.

Merci de remplir les questionnaires ci-dessous de manière anonyme.  
Vous pourrez alors glisser ce document dans l'une des enveloppes qui se trouvent à l'intérieur de votre dossier LMCoach.

Votre numéro de téléphone mobile : .....

Date de naissance : .....

La date d'aujourd'hui : .....

### Questionnaire de qualité de vie

| Au cours de la semaine passée  | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|--|-------------|--------|-------|----------|
| 1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ? | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?  | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?  | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 4. Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?                                    | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller au WC ?                                     | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 6. Êtes-vous limité(e) d'une manière ou d'une autre pour accomplir soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?                                | 1           | 2      | 3     | 4        |
|  |             |        |       |          |
| Au cours de la semaine passée  | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
| 8. Avez-vous eu le souffle court ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 9. Avez-vous ressenti de la douleur ?  | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 10. Avez-vous eu besoin de repos ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 12. Vous êtes-vous senti(e) faible ?         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Avez-vous manqué d'appétit ?             | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Avez-vous vomi ?                         | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Avez-vous été constipé(e) ?              | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Au cours de la semaine passée  | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|--|-------------|--------|-------|----------|
| 17. Avez-vous eu des diarrhées ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 18. Etiez-vous fatigué(e) ?  | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?                           | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 22. Vous êtes-vous fait du souci ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 23. Vous êtes-vous senti(e) irritable ?  | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?   | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?  | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie familiale ?  | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités sociales (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...) ? | 1           | 2      | 3     | 4        |
| 28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?  | 1           | 2      | 3     | 4        |

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation.

29. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre ETAT PHYSIQUE au cours de la semaine passée ?

|              |   |   |   |   |   |           |
|--------------|---|---|---|---|---|-----------|
| 1            | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7         |
| Très mauvais |   |   |   |   |   | Excellent |

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre QUALITE DE VIE au cours de la semaine passée ?

1 2 3 4 5 6 7  
Très mauvais Excellent

### Questionnaire d'observance (Morisky 8 questions)

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos comprimés contre la LMC ?   | Oui | Non |
| 2. Parfois certaines personnes ne prennent pas leurs médicaments pour d'autres raisons qu'un oubli. En pensant aux deux dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris votre médicament contre la LMC ?                     | Oui | Non |
| 3. Vous est-il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments contre la LMC sans en informer votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ?  | Oui | Non |
| 4. Lorsque vous voyagez ou que vous quittez la maison, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments contre la LMC ?   | Oui | Non |
| 5. Avez-vous pris vos médicaments contre la LMC hier ?   | Oui | Non |
| 6. Quand vous ressentez beaucoup moins, voire plus du tout, vos symptômes, vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ?   | Oui | Non |
| 7. Le fait de devoir prendre des médicaments contre la LMC tous les jours représente un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il parfois d'être contrarié(e) par le fait d'avoir à respecter un traitement contre la LMC ? | Oui | Non |
| 8. Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos médicaments contre la LMC ?  |     |     |
- Jamais      Tout le Temps      Parfois      Régulièrement      De temps en Temps

[www.lmcoach.org](http://www.lmcoach.org)

Un projet d'accompagnement conçu et  
développé par l'association de patients  
LMC France



Avril 2017

Observia (opérateur e-santé, qui héberge la plateforme technique) est référencé CNIL et bénéficie d'un hébergement de santé agréé. Il assurera la confidentialité de vos données patients.