

# Q.Q.V.O. (Questionnaire de Qualité de Vie de l'Ostéoporose)

## *d'après le Qualeffo 41*

### A : Douleur

Ces 5 questions concernent la situation au cours de la dernière semaine.

#### 1. Combien de fois avez-vous eu mal au dos au cours de la dernière semaine ?

Jamais	<input type="checkbox"/>	1
1 jour par semaine ou moins	<input type="checkbox"/>	2
2-3 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	3
4-6 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	4
Tous les jours	<input type="checkbox"/>	5

#### 2. Si vous avez eu mal au dos, quelle a été la durée de votre douleur dans la journée ?

Jamais	<input type="checkbox"/>	1
1-2 heures	<input type="checkbox"/>	2
3-5 heures	<input type="checkbox"/>	3
6-10 heures	<input type="checkbox"/>	4
Toute la journée	<input type="checkbox"/>	5

#### 3. Lorsqu'il est à son maximum, quelle est l'intensité de votre mal de dos ?

Pas de mal de dos	<input type="checkbox"/>	1
Modéré	<input type="checkbox"/>	2
Gênant	<input type="checkbox"/>	3
Très important	<input type="checkbox"/>	4
Insupportable	<input type="checkbox"/>	5

#### 4. En dehors de ce maximum, comment était votre mal de dos ?

Pas de mal de dos	<input type="checkbox"/>	1
Modéré	<input type="checkbox"/>	2
Gênant	<input type="checkbox"/>	3
Très important	<input type="checkbox"/>	4
Insupportable	<input type="checkbox"/>	5

#### 5. Votre sommeil a-t'il été perturbé par votre mal de dos au cours de la dernière semaine ?

Moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	1
1 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	2
2 fois par semaine	<input type="checkbox"/>	3
1 nuit sur 2	<input type="checkbox"/>	4
Chaque nuit	<input type="checkbox"/>	5

### Score A

Total des cases cochées

### B : Activités de la vie quotidienne

Ces 4 questions concernent votre situation actuelle.

#### 6. Avez-vous des problèmes pour vous habiller ?

Pas de problème	<input type="checkbox"/>	1
De légers problèmes	<input type="checkbox"/>	2
Des problèmes moyens	<input type="checkbox"/>	3
Peuvent nécessiter un certain degré d'aide	<input type="checkbox"/>	4
Impossible sans aide	<input type="checkbox"/>	5

#### 7. Avez-vous des problèmes pour prendre un bain ou une douche ?

Pas de problème	<input type="checkbox"/>	1
De légers problèmes	<input type="checkbox"/>	2
Des problèmes moyens	<input type="checkbox"/>	3
Peuvent nécessiter un certain degré d'aide	<input type="checkbox"/>	4
Impossible sans aide	<input type="checkbox"/>	5

#### 8. Avez-vous des problèmes pour vous rendre ou vous servir d'un WC ?

Pas de problème	<input type="checkbox"/>	1
De légers problèmes	<input type="checkbox"/>	2
Des problèmes moyens	<input type="checkbox"/>	3
Peuvent nécessiter un certain degré d'aide	<input type="checkbox"/>	4
Impossible sans aide	<input type="checkbox"/>	5

#### 9. Comment dormez-vous ?

Sommeil non perturbé	<input type="checkbox"/>	1
Réveil occasionnel	<input type="checkbox"/>	2
Réveils fréquents	<input type="checkbox"/>	3
Reste régulièrement éveillé durant plusieurs heures	<input type="checkbox"/>	4
Parfois, je passe une nuit sans dormir	<input type="checkbox"/>	5

### Score B

Total des cases cochées

### C : Travaux ménagers

Les 5 questions suivantes concernent votre situation présente. Si quelqu'un d'autre que vous effectue ces tâches dans la maison, répondez comme si vous deviez le faire vous-même.

#### 10. Êtes-vous capable de faire le ménage ?

Sans difficulté	<input type="checkbox"/>	1
Avec peu de difficulté	<input type="checkbox"/>	2
Avec une difficulté moyenne	<input type="checkbox"/>	3
Avec de grandes difficultés	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5



**11. Pouvez-vous préparer les repas ?**

Sans difficulté	<input type="checkbox"/>	1
Avec peu de difficulté	<input type="checkbox"/>	2
Avec une difficulté moyenne	<input type="checkbox"/>	3
Avec de grandes difficultés	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5

**12. Êtes-vous capable de faire la vaisselle ?**

Sans difficulté	<input type="checkbox"/>	1
Avec peu de difficulté	<input type="checkbox"/>	2
Avec une difficulté moyenne	<input type="checkbox"/>	3
Avec de grandes difficultés	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5

**13. Etes-vous capable de faire vos courses quotidiennes ?**

Sans difficulté	<input type="checkbox"/>	1
Avec peu de difficulté	<input type="checkbox"/>	2
Avec une difficulté moyenne	<input type="checkbox"/>	3
Avec de grandes difficultés	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5

**14. Etes-vous capable de soulever un objet lourd de 10 kg (ex : un pack de 6 bouteilles d'eau ou un enfant âgé d'un an) et de le transporter sur une distance d'au moins 10 mètres ?**

Sans difficulté	<input type="checkbox"/>	1
Avec peu de difficulté	<input type="checkbox"/>	2
Avec une difficulté moyenne	<input type="checkbox"/>	3
Avec de grandes difficultés	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5

**Score C**

Total des cases cochées

**D : Déplacement**

Les 8 questions suivantes concernent votre situation actuelle.

**15. Pouvez-vous vous lever d'une chaise ?**

Sans difficulté	<input type="checkbox"/>	1
Avec peu de difficulté	<input type="checkbox"/>	2
Avec une difficulté moyenne	<input type="checkbox"/>	3
Avec de grandes difficultés	<input type="checkbox"/>	4
Impossible sans aide	<input type="checkbox"/>	5

**16. Pouvez-vous vous pencher en avant ?**

Facilement	<input type="checkbox"/>	1
Plus ou moins facilement	<input type="checkbox"/>	2
Moyennement	<input type="checkbox"/>	3
Très peu	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5

**17. Pouvez-vous vous mettre à genoux ?**

Facilement	<input type="checkbox"/>	1
Plus ou moins facilement	<input type="checkbox"/>	2
Moyennement	<input type="checkbox"/>	3
Très peu	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5

**18. Etes-vous capable de monter un étage d'escalier ?**

Sans difficultés	<input type="checkbox"/>	1
Avec peu de difficulté	<input type="checkbox"/>	2
Avec au moins une pause	<input type="checkbox"/>	3
Seulement avec aide	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5

**19. Etes-vous capable de marcher 100 mètres ?**

Rapidement sans arrêt	<input type="checkbox"/>	1
Lentement sans arrêt	<input type="checkbox"/>	2
Lentement avec au moins un arrêt	<input type="checkbox"/>	3
Seulement avec aide	<input type="checkbox"/>	4
Impossible	<input type="checkbox"/>	5

**20. Combien de fois êtes-vous sorti de chez vous au cours de la dernière semaine ?**

Tous les jours	<input type="checkbox"/>	1
5-6 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	2
3-4 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	3
1-2 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	4
Moins d'une fois par semaine	<input type="checkbox"/>	5

**21. Etes-vous capable d'utiliser un transport en commun ?**

Sans difficulté	<input type="checkbox"/>	1
Avec peu de difficulté	<input type="checkbox"/>	2
Avec une difficulté moyenne	<input type="checkbox"/>	3
Avec de grandes difficultés	<input type="checkbox"/>	4
Impossible sans aide	<input type="checkbox"/>	5

**22. Avez-vous été touché par le changement de votre apparence physique à cause de l'ostéoporose (par ex : perte de taille, élargissement de votre tour de taille, modification de l'aspect de votre dos)**

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	1
Un peu	<input type="checkbox"/>	2
Moyennement	<input type="checkbox"/>	3
Assez	<input type="checkbox"/>	4
Beaucoup	<input type="checkbox"/>	5

**Score D**

Total des cases cochées



## **E : Loisirs, activités sociales**

### **23. Pratiquez-vous une activité sportive pour le moment ?**

Oui	<input type="checkbox"/>	1
Oui, avec des limites	<input type="checkbox"/>	3
Non pas du tout	<input type="checkbox"/>	5

### **24. Etes-vous capable de jardiner ?**

Oui	<input type="checkbox"/>	1
Oui, avec des limites	<input type="checkbox"/>	3
Non pas du tout	<input type="checkbox"/>	5

### **25. Pratiquez-vous un hobby pour le moment ?**

Oui	<input type="checkbox"/>	1
Oui, avec des limites	<input type="checkbox"/>	3
Non pas du tout	<input type="checkbox"/>	5

### **26. Etes-vous capable d'aller au cinéma, au théâtre ...**

Oui	<input type="checkbox"/>	1
Oui, avec des limites	<input type="checkbox"/>	3
Non pas du tout	<input type="checkbox"/>	5

### **27. A quelle fréquence avez-vous rendu visite à des amis ou à de la famille durant les 3 derniers mois ?**

1 fois par semaine ou plus	<input type="checkbox"/>	1
1-2 fois par mois	<input type="checkbox"/>	2,3
Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/>	3,6
Jamais	<input type="checkbox"/>	5

### **28. A quelle fréquence avez-vous participé à des activités mondaines ou sociales (club, réunion mondaine, activité religieuse, bonnes œuvres) au cours des 3 derniers mois ?**

1 fois par semaine ou plus	<input type="checkbox"/>	1
1-2 fois par mois	<input type="checkbox"/>	2,3
Moins d'une fois par mois	<input type="checkbox"/>	3,6
Jamais	<input type="checkbox"/>	5

### **29. Avez-vous le sentiment que votre mal de dos ou votre handicap vous gène dans votre intimité (y compris vos activités sexuelles)**

Pas du tout	<input type="checkbox"/>	1
Un peu	<input type="checkbox"/>	2
Moyennement	<input type="checkbox"/>	3
Sévèrement	<input type="checkbox"/>	4
Non approprié	<input type="checkbox"/>	5

## **Score E**

Total des cases cochées

## **F : Perception de votre santé en général**

### **30. En général et pour votre âge, considérez-vous votre santé comme :**

Excellent	<input type="checkbox"/>	1
Bonne	<input type="checkbox"/>	2
Satisfaisante	<input type="checkbox"/>	3
Médiocre	<input type="checkbox"/>	4
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	5

### **31. Comment qualifiez-vous votre qualité de vie globale au cours de la dernière semaine ?**

Excellent	<input type="checkbox"/>	1
Bonne	<input type="checkbox"/>	2
Satisfaisante	<input type="checkbox"/>	3
Médiocre	<input type="checkbox"/>	4
Mauvaise	<input type="checkbox"/>	5

### **32. Comment qualifiez-vous votre qualité de vie globale par rapport à il y a 10 ans ?**

Beaucoup mieux maintenant	<input type="checkbox"/>	1
Un peu mieux maintenant	<input type="checkbox"/>	2
Sans changement	<input type="checkbox"/>	3
Légèrement plus mal	<input type="checkbox"/>	4
Beaucoup plus mal	<input type="checkbox"/>	5

## **Score F**

Total des cases cochées

## **G : Humeur**

Les 9 questions suivantes concernent votre situation au cours de la dernière semaine.

### **33. Avez-vous tendance à vous sentir fatiguée ?**

Presque jamais	<input type="checkbox"/>	1
Après une activité intense	<input type="checkbox"/>	2
Uniquement le soir	<input type="checkbox"/>	3
L'après-midi	<input type="checkbox"/>	4
Le matin	<input type="checkbox"/>	5

### **34. Vous sentez-vous déprimée ?**

Presque jamais	<input type="checkbox"/>	1
Une fois de temps en temps	<input type="checkbox"/>	2
1 à 2 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	3
3 à 5 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	4
Presque tous les jours	<input type="checkbox"/>	5



**35. Vous sentez-vous isolée ?**

Presque jamais	<input type="checkbox"/>	1
Une fois de temps en temps	<input type="checkbox"/>	2
1 à 2 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	3
3 à 5 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	4
Presque tous les jours	<input type="checkbox"/>	5

**36. Vous sentez-vous pleine d'énergie ?**

Presque tous les jours	<input type="checkbox"/>	1
3 à 5 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	2
1 à 2 jours par semaine	<input type="checkbox"/>	3
Une fois de temps en temps	<input type="checkbox"/>	4
Presque jamais	<input type="checkbox"/>	5

**37. Etes-vous pleine d'espoir dans votre avenir ?**

Toujours	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent	<input type="checkbox"/>	2
Parfois	<input type="checkbox"/>	3
Rarement	<input type="checkbox"/>	4
Jamais	<input type="checkbox"/>	5

**38. Vous fâchez-vous pour de petits détails ?**

Jamais	<input type="checkbox"/>	1
Rarement	<input type="checkbox"/>	2
Parfois	<input type="checkbox"/>	3
Assez souvent	<input type="checkbox"/>	4
Toujours	<input type="checkbox"/>	5

**39. Trouvez-vous facile d'avoir des contacts avec les gens ?**

Toujours	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent	<input type="checkbox"/>	2
Parfois	<input type="checkbox"/>	3
Rarement	<input type="checkbox"/>	4
Jamais	<input type="checkbox"/>	5

**40. Vous sentez-vous dans de bonnes dispositions la plupart de la journée ?**

Toujours	<input type="checkbox"/>	1
Assez souvent	<input type="checkbox"/>	2
Parfois	<input type="checkbox"/>	3
Rarement	<input type="checkbox"/>	4
Jamais	<input type="checkbox"/>	5

**41. Avez-vous peur de vous retrouver en état de dépendance totale ?**

Jamais	<input type="checkbox"/>	1
Rarement	<input type="checkbox"/>	2
Parfois	<input type="checkbox"/>	3
Assez souvent	<input type="checkbox"/>	4
Toujours	<input type="checkbox"/>	5

**Score G**

Total des cases cochées

**Score A**   
**Score B**   
**Score C**   
**Score D**   
**Score E**   
**Score F**   
**Score G**

**SCORE TOTAL**

**Date :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Femme :**

