

## QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITE DE VIE



### **Qu'est-ce que ce questionnaire ?**

Les questions de ce questionnaire servent à évaluer la qualité de vie des enfants et des adolescents en général. Cela prend environ 10 minutes d'y répondre.

Ces questions portent sur ton bien-être, sur ton corps, tes émotions, tes relations avec les autres et sur ta vie à l'école.



### **Pourquoi y répondre ?**

Au-delà de l'avis de ton médecin ou de tes parents, il est très important d'avoir ton avis et de connaître tes impressions.



### **Comment répondre ?**

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Choisis la réponse la plus proche de ce que tu ressens vraiment. Si tu ne comprends pas une question, essaye d'y répondre en fonction de ce que tu comprends.

**Merci beaucoup pour ta participation !**

L'équipe HARMONIC

*Partie destinée à l'équipe Clinique :*

Date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Numéro HARMONIC \_\_\_\_\_

Numéro de patient dans le centre: \_\_\_\_\_

Sur la page suivante, il y a une liste de choses qui peuvent te poser problème.

Dis-moi pour chacune de ces choses **si cela a été un problème** pour toi au cours du **MOIS** **DERNIER** en entourant :

- 0** si ce n'est **jamais** un problème
- 1** si ce n'est **presque jamais** un problème
- 2** si c'est **parfois** un problème
- 3** si c'est **souvent** un problème
- 4** si c'est **presque toujours** un problème

Au cours du **MOIS DERNIER**, les choses suivantes ont-elles représenté un **problème** pour toi ?

<b>MA SANTE ET MES ACTIVITES (problèmes avec...)</b>	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai des difficultés à marcher au-delà de 100 mètres	0	1	2	3	4
2. J'ai des difficultés à courir	0	1	2	3	4
3. J'ai des difficultés à faire du sport ou toute autre activité physique	0	1	2	3	4
4. J'ai des difficultés à soulever un objet lourd	0	1	2	3	4
5. J'ai des difficultés à prendre un bain ou une douche tout(e) seul(e)	0	1	2	3	4
6. J'ai des difficultés à aider dans la maison	0	1	2	3	4
7. Je ressens des douleurs	0	1	2	3	4
8. Je manque d'énergie	0	1	2	3	4

<b>MES ÉMOTIONS (problèmes avec...)</b>	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai peur	0	1	2	3	4
2. Je me sens triste	0	1	2	3	4
3. Je suis en colère	0	1	2	3	4
4. J'ai du mal à dormir	0	1	2	3	4
5. Je m'inquiète de ce qui va m'arriver	0	1	2	3	4

<b>MES RELATIONS AVEC LES AUTRES (problèmes avec...)</b>	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai du mal à m'entendre avec les autres enfants	0	1	2	3	4
2. Les autres enfants ne veulent pas être amis avec moi	0	1	2	3	4
3. Les autres enfants se moquent de moi	0	1	2	3	4
4. Je ne peux pas faire certaines choses que les autres enfants de mon âge peuvent faire	0	1	2	3	4
5. J'ai du mal à suivre les autres enfants quand je joue avec eux	0	1	2	3	4

<b>L'ÉCOLE (problèmes avec...)</b>	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai du mal à être attentif(-ive) en classe	0	1	2	3	4
2. J'oublie des choses	0	1	2	3	4
3. J'ai du mal à faire tout mon travail en classe ou mes devoirs	0	1	2	3	4
4. Je manque l'école parce que je ne me sens pas bien	0	1	2	3	4
5. Je manque l'école pour aller chez le docteur ou à l'hôpital	0	1	2	3	4

Au cours du **MOIS DERNIER**, les choses suivantes ont-elles représenté un **problème** pour toi ?

<b>FATIGUE GÉNÉRALE (problèmes de...)</b>	<b>Jamais</b>	<b>Presque jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Presque toujours</b>
1. Je me sens fatigué(e)	0	1	2	3	4
2. Je me sens physiquement faible (je n'ai pas de force)	0	1	2	3	4
3. Je me sens trop fatigué(e) pour faire les choses que j'aime faire	0	1	2	3	4
4. Je me sens trop fatigué(e) pour passer du temps avec mes ami(e)s	0	1	2	3	4
5. J'ai du mal à finir ce que j'ai commencé	0	1	2	3	4
6. J'ai du mal à me mettre à faire quelque chose	0	1	2	3	4

<b>SOMMEIL/REPOS (problèmes de...)</b>	<b>Jamais</b>	<b>Presque jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Presque toujours</b>
1. Je dors beaucoup	0	1	2	3	4
2. J'ai du mal à dormir toute la nuit	0	1	2	3	4
3. Je me sens fatigué(e) quand je me réveille le matin	0	1	2	3	4
4. Je me repose beaucoup	0	1	2	3	4
5. Je fais souvent de courtes siestes pendant la journée	0	1	2	3	4
6. Je passe beaucoup de temps au lit	0	1	2	3	4

<b>FATIGUE COGNITIVE (problèmes de...)</b>	<b>Jamais</b>	<b>Presque jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Souvent</b>	<b>Presque toujours</b>
1. J'ai du mal à rester concentré(e)	0	1	2	3	4
2. J'ai du mal à me souvenir de ce qu'on m'a dit	0	1	2	3	4
3. J'ai du mal à me souvenir de ce que je viens d'entendre	0	1	2	3	4
4. J'ai du mal à réfléchir vite	0	1	2	3	4
5. J'ai du mal à me souvenir de ce à quoi j'étais en train de penser	0	1	2	3	4
6. J'ai du mal à me souvenir de plusieurs choses à la fois	0	1	2	3	4

**Merci beaucoup !**