

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="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> |
| 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="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> |
| 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="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> |
| 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="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> | <input type="triangle-up"/> |

S'il vous plait, vérifiez d'avoir répondu à toutes les questions. En vous remerciant.

_____ / 15

_____ / 20

_____ / 20

Total _____ / 55