

Questionnaire GBI

Etiquette patient

Date:/...../.....

INSTRUCTIONS:

Quel est l'impact de votre opération sur votre vie actuelle?

Choisissez la réponse qui se rapproche le plus de votre expérience quotidienne.

| | très nette amélioration | nette amélioration | pas de changement | légère déterioration | très forte déterioration |
|---|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| 1. Le résultat de l'opération a-t-il affecté vos activités ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Les résultats de l'opération ont-ils rendu votre vie plus agréable ou plus désagréable ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | beaucoup plus | plus | pas de changement | moins | beaucoup moins |
| 3. Depuis votre opération, vous sentez-vous plus (ou moins) optimiste face à l'avenir ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Depuis votre opération, vous sentez-vous plus (ou moins) gêné(e) lorsque vous vous trouvez en groupe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Depuis votre opération, avez-vous plus (ou moins) de confiance en vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Depuis votre opération, vous est-il plus (ou moins) facile d'avoir affaire à d'autres personnes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Depuis votre opération, avez-vous l'impression d'avoir plus (ou moins) de soutien de la part de vos amis ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Depuis votre opération, êtes-vous allé(e) trouver votre médecin de famille plus (ou moins) souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Depuis votre opération, vous ressentez-vous plus (ou moins) de confiance face à des occasions d'emploi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Depuis votre opération, vous sentez-vous plus timide ou moins timide ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Depuis votre opération, y a-t-il davantage ou moins de gens qui s'occupent vraiment de vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Depuis votre opération, êtes-vous sujet(te) à des rhumes ou infections plus souvent ou moins souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | beaucoup plus | plus | pas de changement | moins | beaucoup moins |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Depuis votre opération, devez-vous prendre plus (ou moins) de médicaments ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Depuis votre opération, vous sentez-vous plus (ou moins) en bonne santé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Depuis votre opération, avez-vous l'impression d'avoir été plus soutenu(e) ou moins soutenu(e) par votre famille ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Depuis votre opération, êtes-vous plus (ou moins) gêné(e) par votre problème auditif ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Depuis votre opération, avez-vous pu participer à plus (ou moins) d'activités en société ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Depuis votre opération, avez-vous plus (ou moins) besoin de vous retrouver seul(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |