

Date :
Sujet :

Questionnaire d'état de santé SF20

COMMENT REpondre :

Les questions, qui suivent, portent sur votre état de santé tel que vous le ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans la vie de tous les jours. **Veillez répondre à toutes les questions** en cochant la case correspondant à la réponse choisie. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus adaptée à votre situation.

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Médiocre
- Mauvaise

Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Listes d'activités	Oui, beaucoup limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, Pas du tout limité(e)
a. Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Marcher une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Prendre un bain, une douche ou s'habiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours de ces 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques ?

- Nulle
- Très faible
- Faible
- Moyenne
- Grande
- Très grande

En raison de votre état de santé, avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ?

- Oui depuis plus de 3 mois
- Oui depuis moins de 3 mois
- Non

En raison de votre état de santé, Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité ?

- Oui depuis plus de 3 mois
- Oui depuis moins de 3 mois
- Non

Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où :

	En permanence	Très souvent	Souvent	Quelquefois	Rarement	Jamais
--	------------------	-----------------	---------	-------------	----------	--------

Votre état de santé, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vous vous êtes senti(e) très nerveux (se) ?

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vous vous êtes senti(e) heureux (se) ?

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?

<input type="checkbox"/>						
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas:

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totalement faux
a. Je tombe plus facilement malade que les autres	<input type="checkbox"/>				
b. Je me porte aussi bien que n'importe qui	<input type="checkbox"/>				
c. Je suis en excellente santé	<input type="checkbox"/>				
d. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	<input type="checkbox"/>				

Veillez vérifier que vous avez bien fourni une réponse pour chacune des questions.

Merci de votre collaboration