

Date :

Sujet :

Questionnaire d'état de santé SF12 version 1.0

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.

1. 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.

2. Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules

Oui beaucoup limité Oui beaucoup limité Non pas du tout limité

3. Monter plusieurs étages par l'escalier ?

Oui beaucoup limité Oui beaucoup limité Non pas du tout limité

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

4. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées OUI NON

5. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses OUI NON

Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux (se) ou déprimé(e).

6. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ? OUI NON

7. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ? OUI NON

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Énormément

Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. 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 :

	Toujours	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Jamais
9. Vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ?	<input type="checkbox"/>				
10. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ?	<input type="checkbox"/>				
11. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ?	<input type="checkbox"/>				

12. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

En permanence Une bonne partie du temps De temps en temps Rarement Jamais