

# 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"/>				
14. Depuis votre opération, vous sentez-vous plus (ou moins) en bonne santé?	<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"/>				
16. Depuis votre opération, êtes-vous plus (ou moins) gêné(e) par votre problème auditif ?	<input type="checkbox"/>				
17. Depuis votre opération, avez-vous pu participer à plus (ou moins) d'activités en société ?	<input type="checkbox"/>				
18. Depuis votre opération, avez-vous plus (ou moins) besoin de vous retrouver seul(e) ?	<input type="checkbox"/>				