

Questionnaire sur l'état de santé (SF 12)

Date	
Code du sujet	
Établissement	
Évaluateur	

Description:

Ce questionnaire permettra d'évaluer votre qualité de vie en général et votre état de santé.

Questions:

1) En général, diriez-vous que votre santé est :

- 1 Excellente
- 2 Très bonne
- 3 Bonne
- 4 Passable
- 5 Mauvaise

Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale.

2) Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale, votre état de santé actuel vous limite-t-il dans ces activités? Si oui, dans quelle mesure?

	Mon état de santé me limite beaucoup	Mon état de santé me limite un peu	Mon état de santé ne me limite pas du tout
Dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Pour monter plusieurs étages à pied	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

3) Au cours des **4 dernières semaines**, avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes **à cause de votre état de santé physique?**

- Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

- Avez-vous été limitée dans la nature de vos tâches ou de vos autres activités?

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

4) Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de l'état de votre moral (comme le fait de vous sentir déprimée ou anxieuse)?

- Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu?

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

- Avez-vous fait votre travail ou vos autres activités avec moins de soin qu'à l'habitude?

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

5) Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison)?

- 1 Pas du tout
- 2 Un peu
- 3 Moyennement
- 4 Beaucoup
- 5 Énormément

6) Ces questions portent sur les 4 dernières semaines. Pour chacune des questions suivantes, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes sentie.

Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois:

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
Vous êtes-vous sentie calme et serein?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Avez-vous eu beaucoup d'énergie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Vous êtes-vous sentie déprimée?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7) Au cours des quatre dernières semaines, combien de fois votre état physique ou votre moral a-t-il nui à vos activités sociales (comme visiter des amis, des parents, etc.)?

- 1 Tout le temps
- 2 La plupart du temps
- 3 Parfois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

Fin du questionnaire