



EORTC OLO - BLS24

N° COBLAnCE : |_|_| |_|_|_|

Date d'aujourd'hui: |_|_|/ |_|_| /|_|_|_|_|

Mode de recueil des données : |_| 1 : patient en autoquestionnaire, 2 : ARC par contact téléphonique

Les patients rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, durant la semaine passée, vous avez été affecté(e) par l'un de ces symptômes ou problèmes. Entourez, s'il vous plaît, le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours de la semaine passée :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beau- coup
31. Avez-vous dû uriner souvent pendant la journée ?	1	2	3	4
32. Avez-vous dû uriner souvent pendant la nuit ?	1	2	3	4
33. Lorsque vous avez ressenti le besoin urgent d'uriner, avez-vous dû vous précipiter aux toilettes ?	1	2	3	4
34. Avez-vous eu des difficultés à dormir suffisamment à cause de la fréquence de ces mictions nocturnes ?	1	2	3	4
35. La nécessité de vous trouver à proximité d'une toilette vous a-t-elle empêché de sortir de chez vous ?	1	2	3	4
36. Avez-vous eu des pertes d'urine involontaires ?	1	2	3	4
37. Avez-vous ressenti des douleurs ou une sensation de brûlure en urinant ?	1	2	3	4
38. Avez-vous eu de la fièvre ?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous senti malade ou souffrant ?	1	2	3	4
40. Les traitements répétés de la vessie (cystoscopies ou instillations) vous ont-ils rendu la vie compliquée?	1	2	3	4
41. Les traitements répétés de la vessie (cystoscopies ou instillations) vous ont-ils inquiété?	1	2	3	4
42. Vous êtes vous inquiétée de votre santé pour l'avenir?	1	2	3	4
43. Vous êtes-vous fait du souci au sujet des résultats des examens et des tests?	1	2	3	4
44. Vous êtes-vous fait du souci à l'idée d'éventuels traitements futurs?	1	2	3	4
45. Avez-vous ressenti une impression de ballonnement de l'abdomen?	1	2	3	4
46. Avez-vous eu des flatulences ou des gaz?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P

Au cours des 4 dernières semaines :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beau- coup
47. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressé aux rapports sexuels?	1	2	3	4
48. Dans quelle mesure avez-vous été sexuellement actif (avec ou sans rapports sexuels)?	1	2	3	4
49. Pour les hommes uniquement : Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir ou à maintenir une érection?	1	2	3	4
50. Pour les hommes uniquement : Avez-vous éprouvé des problèmes d'éjaculation (par ex. éjaculation sèche)?	1	2	3	4

Ne répondez aux 4 questions suivantes que si vous avez eu une activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beau- coup
51. Vous êtes-vous senti mal à l'aise en raison de cette intimité sexuelle?	1	2	3	4
52. Vous êtes-vous inquiété à l'idée de contaminer votre partenaire pendant les contacts sexuels, à cause du traitement de la vessie que vous receviez?	1	2	3	4
53. Dans quelle mesure avez-vous apprécié vos rapports sexuels ?	1	2	3	4
54. Pour les femmes uniquement : Avez-vous souffert de sécheresse vaginale ou d'autres problèmes pendant vos rapports sexuels?	1	2	3	4

Passez à la page suivante S.V.P

Questionnaire de Qualité de vie EQ-5D5L

NUMÉRO D'IDENTIFICATION COBLAnCE :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

mois

année

Numéro d'historique clinique (NIP) :

Date d'inclusion (JJ/MM/AAAA)

Mode de recueil des données:

1: patient en autoquestionnaire, 2: ARC par contact téléphonique

Pour chaque rubrique, veuillez cocher **UNE** case, celle qui décrit le mieux votre santé AUJOURD'HUI.

Date d'aujourd'hui (JJ/MM/AAAA)

MOBILITÉ

Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied

J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied

J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied

J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied

Je suis incapable de me déplacer à pied

AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout seul

J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout seul

J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout seul

J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout seul

Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

Passez à la page suivante S.V.P

ACTIVITÉS COURANTES (*exemples : travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs*)

- Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

DOULEURS / GÊNE

- Je n'ai ni douleur ni gêne
- J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)
- J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

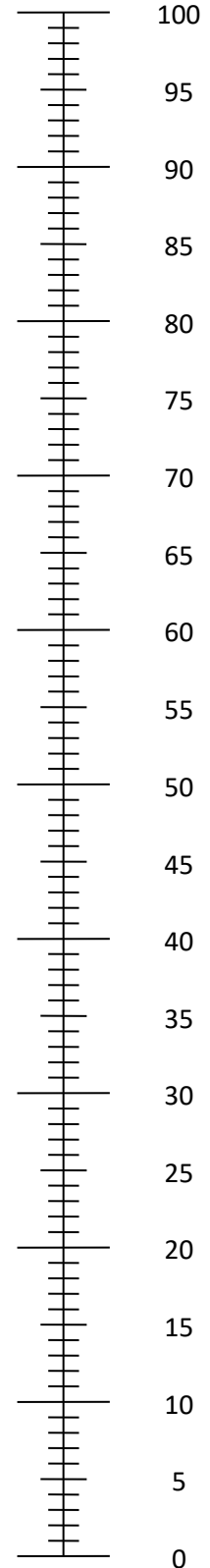
- Je ne suis ni anxieux(se), ni déprimé(e)
- Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis modérément anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis sévèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- Je suis extrêmement anxieux(se) ou déprimé(e)

Passez à la page suivante S.V.P

- Nous aimerions savoir dans quelle mesure votre santé est bonne ou mauvaise AUJOURD’HUI.
- Cette échelle est numérotée de 0 à 100.
- 100 correspond à la meilleure santé que vous puissiez imaginer.
0 correspond à la pire santé que vous puissiez imaginer.
- Veuillez faire une croix (X) sur l’échelle afin d’indiquer votre état de santé AUJOURD’HUI.
- Maintenant, veuillez noter dans la case ci-dessous le chiffre que vous avez coché sur l’échelle.

VOTRE SANTE AUJOURD’HUI =

La meilleure santé que
vous puissiez imaginer



La pire santé que vous
puissiez imaginer

