



EORTC OLO – BLM30

N° COBLAnCE : |_|_| |_|_|_|

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

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

Les patients signalent parfois qu'ils présentent les symptômes 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.

NE REPONDEZ AUX QUESTIONS 31 – 37 QUE SI VOUS N'AVEZ PAS D'UROSTOMIE

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 |

NE REPONDEZ AUX QUESTIONS 38 - 43 QUE SI VOUS AVEZ UNE UROSTOMIE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 38. Votre poche d'urostomie a-t-elle présenté des fuites d'urine? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Les soins de l'urostomie vous ont-ils posé problème? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. La peau autour de l'urostomie était-elle irritée? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Votre urostomie a-t-elle été une source d'embarras? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Avez-vous dû dépendre d'autres personnes pour effectuer les soins de votre urostomie? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Avez-vous dû souvent changer votre poche d'urostomie? | 1 | 2 | 3 | 4 |

NE REPONDEZ A LA QUESTION 44 QUE SI VOUS AVEZ UTILISE UN CATHETER AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 44. Avez-vous éprouvé des problèmes pour placer vous-même le cathéter? (insertion d'une sonde dans la vessie pour laisser passer l'urine) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|

Passez à la page suivante SVP

| Au cours de la semaine passée : | Pas du tout | Un peu | Assez | Beau- coup |
|---|------------------------|-------------------|--------------|-----------------------|
| 45. Vous êtes-vous inquiétée de votre santé pour l'avenir? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Vous êtes-vous fait du souci au sujet des résultats des examens et des tests? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Vous êtes-vous fait du souci à l'idée d'éventuels traitements futurs? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Avez-vous ressenti une impression de ballonnement de l'abdomen? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Avez-vous eu des flatulences ou des gaz? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Vous êtes-vous senti moins séduisant(e) physiquement à cause de votre maladie ou de votre traitement? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Avez-vous été mécontent(e) de votre corps? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Vous êtes-vous senti(e) moins féminine/viril à cause de votre maladie ou à votre traitement? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Au cours des 4 dernières semaines : | Pas du tout | Un peu | Assez | Beau- coup |
|---|------------------------|-------------------|--------------|-----------------------|
| 53. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressé aux rapports sexuels ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Dans quelle mesure avez-vous été sexuellement actif (avec ou sans rapports sexuels) ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Pour les hommes uniquement : Avez-vous éprouvé des difficultés à obtenir ou à maintenir une érection ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. 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 |
|--|------------------------|-------------------|--------------|-----------------------|
| 57. Vous êtes-vous senti mal à l'aise en raison de cette intimité sexuelle? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. 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 |
| 59. Dans quelle mesure avez-vous apprécié vos rapports sexuels ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. 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 SVP

Questionnaire de Qualité de vie EQ-5D5L

NUMERO 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 SVP

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)

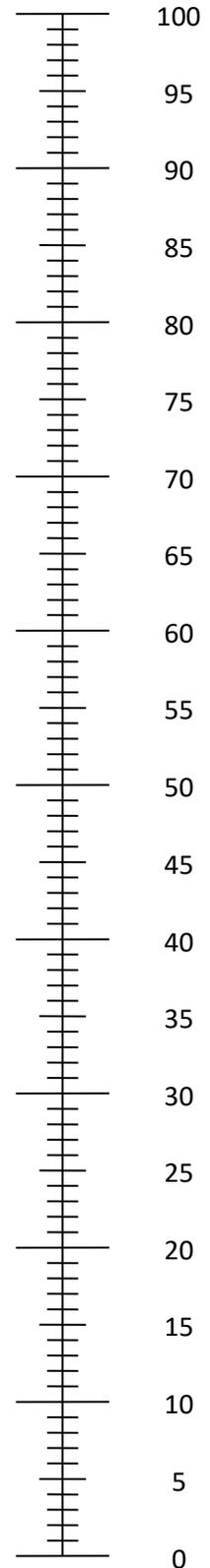
ANXIÉTÉ / DÉPRESSION

- 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 SVP

- 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.

La meilleure santé que vous puissiez imaginer



VOTRE SANTE AUJOURD’HUI =

La pire santé que vous puissiez imaginer

Passez à la page suivante SVP



EORTC QLQ-C30 (version 3)

NUMERO D'IDENTIFICATION COBLANCE :

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

Nous nous intéressons à vous et à votre santé. Répondez vous-même à toutes les questions en entourant le chiffre qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations sont strictement confidentielles.

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

| | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|---|-------------|--------|-------|----------|
| 1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Avez-vous des difficultés à faire une <u>longue</u> promenade? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Au cours de la semaine passée:

| | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|---|-------------|--------|-------|----------|
| 6. Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Avez-vous eu le souffle court? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Avez-vous ressenti de la douleur? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Avez-vous eu besoin de repos? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Vous êtes-vous senti(e) faible? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Avez-vous manqué d'appétit? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Avez-vous eu des nausées (mal au coeur)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Avez-vous vomi? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Passez à la page suivante S.V.P.

Au cours de la semaine passée:

| | Pas du | Un | Assez | |
|--|---------------|-----------------|--------------|---|
| | | Beaucoup | tout | |
| | | peu | | |
| 16. Avez-vous été constipé(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Avez-vous eu de la diarrhée? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Etiez-vous fatigué(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Vous êtes-vous fait du souci? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Vous êtes-vous senti(e) irritable? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans votre vie <u>familiale</u> ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné(e) dans vos activités <u>sociales</u> (par exemple, sortir avec des amis, aller au cinéma...)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvais

Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?

1 2 3 4 5 6 7

Très mauvaise

Excellente

Passez à la page suivante SVP

ETUDE COBLANCE –AUTO-QUESTIONNAIRE DE SUIVI DE SITUATIONS PROFESSIONNELLE ET D'ASSURANCE MALADIE

Identification du patient

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

___/___/____ |__|_|_|/|__|_|_|_|_|

mois année

Numéro d'identification COBLANCE |__||__||__||__||__||

NIP _____

Date d'inclusion (JJ/MM/AAAA)

|__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

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

|__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

• **Quelle est actuellement votre situation vis-à-vis du travail ?** |__|

1. Actif travaillant actuellement, préciser la profession _____
2. Actif en congé maladie
3. Retraité(e)
4. Pré-retraité(e) ou congé de fin d'activité
5. Chômeur (à la recherche d'un emploi, inscrit ou non à Pôle emploi)
6. Femme / homme au foyer
7. Inactif avec pension d'invalidité
8. Autre situation active, préciser : _____

9. Autre situation inactive, préciser : _____

• **Quel est le montant NET de l'ensemble des revenus de votre foyer (par mois ou par an)** |__|_|_|

| PAR MOIS : | OU PAR AN : |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 01- Moins de 600 Euros | 21- Moins de 7 200 Euros |
| 02- 600 à moins de 700 Euros | 22- 7 200 à moins de 8 400 Euros |
| 03- 700 à moins de 900 Euros | 23- 8 400 à moins de 10 800 Euros |
| 04- 900 à moins de 1 100 Euros | 24- 10 800 à moins de 13 200 Euros |
| 05- 1 100 à moins de 1 300 Euros | 25- 13 200 à moins de 15 600 Euros |
| 06- 1 300 à moins de 1 500 Euros | 26- 15 600 à moins de 18 000 Euros |
| 07- 1 500 à moins de 1 800 Euros | 27- 18 000 à moins de 21 600 Euros |
| 08- 1 800 à moins de 2 200 Euros | 28- 21 600 à moins de 26 400 Euros |
| 09- 2 200 à moins de 2 500 Euros | 29- 26 400 à moins de 30 000 Euros |
| 10- 2 500 à moins de 3 000 Euros | 30- 30 000 à moins de 36 200 Euros |
| 11- 3 000 à moins de 3 500 Euros | 31- 36 000 à moins de 42 000 Euros |
| 12- 3 500 à moins de 4 500 Euros | 32- 42 000 à moins de 54 000 Euros |
| 13- 4 500 Euros ou plus | 33- 54 000 Euros ou plus |

34. Ne sait pas

35. Ne souhaite pas répondre

Passez à la page suivante SVP

- **Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail pour votre cancer de la vessie ?** 1= Oui, 2= Non

Si oui, merci de noter les dates de vos arrêts de travail au cours des 6 mois qui ont suivi votre opération, ci-dessous :

| | Date de début de l'arrêt de travail | Date de reprise du travail |
|---------|-------------------------------------|----------------------------|
| Arrêt 1 | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| Arrêt 2 | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | _ _ / _ _ / _ _ _ _ |
| Arrêt 3 | _ _ / _ _ / _ _ _ _ | _ _ / _ _ / _ _ _ _ |

Passez à la page suivante SVP

ETUDE COBLANCE –AUTO-QUESTIONNAIRE DE SUIVI DE CONSOMMATION DE TABAC

Identification du patient

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

____/____/_____

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

mois

année

Numéro d'identification COBLANCE

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NIP

Date d'inclusion (JJ/MM/AAAA)

|_|_|_|_|/|_|_|_|_|/|_|_|_|_|

Etiez- vous fumeur ou fumeuse au moment du diagnostic de votre maladie ? |_|_| 1= Oui, 2=Non

Si oui,

Etes-vous toujours fumeur ou fumeuse ? |_|_| 1= Oui, 2=Non

Si oui,

Avez-vous conservé le même niveau de consommation de tabac ? |_|_| 1= Oui, 2=Non

Si non, indiquez votre variation de consommation : |_|_| 1= diminution 2= augmentation

Pouvez-vous quantifier cette variation ? |_|_|_|_| cigarettes en plus/en moins par jour

**Merci de retourner ces questionnaires au moyen de l'enveloppe
fournie**