

## AUTOQUESTIONNAIRES PATIENT(E)

Madame, Monsieur,

En venant à cette consultation, vous allez bénéficier d'une prise en charge globale qui a pour objectif de travailler à améliorer votre qualité de vie. Pour cela, nous avons besoin que vous remplissiez les questionnaires ci-dessous le plus rigoureusement possible. En cas de difficultés, les questionnaires seront repris au moment de la consultation par l'infirmière.

L'équipe du parcours de santé Insuffisance Cardiaque

## **QUALITE DE VIE (questionnaire LEIPAD)**

Ce questionnaire traite des aspects courants de **votre vie quotidienne actuellement**. Merci de lire chaque question attentivement et de cocher la réponse la plus appropriée à votre situation.

Par exemple, si on considère les questions suivantes : "**Etes-vous capable de marcher sans aide ?**"

Quand vous êtes capable de marcher sans aide, mais avec difficulté, alors cochez comme suit :

- Pas capable du tout
- Seulement avec l'aide de quelqu'un
- Avec difficulté mais sans aide
- Sans difficulté

Attention !

Concernant les **questions à choix multiples, vous ne devez cocher qu'une seule réponse !** Si vous avez un doute, merci de choisir la réponse la plus proche de votre situation actuelle.

**Nous vous remercions de remplir seul(e) ce questionnaire et de ne pas sauter de questions !**

**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

1. Comment qualifiez-vous votre état de santé global ?

- Excellent
- Bon
- Pas très bon
- Mauvais

2. Etes-vous capable de monter et de descendre les escaliers sans aide ?

- Sans difficulté
- Avec difficulté
- Seulement avec l'aide de quelqu'un
- Pas capable du tout

3. Etes-vous capable de vous habiller entièrement seul(e) ?

- Sans difficulté
- Avec difficulté
- Seulement avec l'aide de quelqu'un
- Pas capable du tout

4. Etes-vous capable de manger sans aide ?

- Sans difficulté
- Avec difficulté
- Seulement avec l'aide de quelqu'un
- Pas capable du tout

5. Etes-vous capable de prendre un bain ou une douche sans aide ?

- Sans difficulté
- Avec difficulté
- Seulement avec l'aide de quelqu'un
- Pas capable du tout

**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

6. Avez-vous des problèmes de sommeil ?

- Non, pas du tout
- Oui, mineurs
- Oui, modérés
- Oui, très sévères

7. Vous sentez-vous fatigué, sans énergie ?

- Jamais
- Quelquefois
- Assez souvent
- Très souvent

8. Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?

- Jamais
- Quelquefois
- Assez souvent
- Très souvent

9. Etes-vous capable d'effectuer vos tâches quotidiennes que ce soit chez vous, au travail, ou ailleurs ?

- Oui, complètement
- En grande partie
- Seulement quelques-unes
- Non, aucune

**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

10. Pouvez-vous faire vos courses seul(e) ?

- Sans difficulté
- Avec difficulté
- Seulement avec l'aide de quelqu'un
- Pas capable du tout

11. Pouvez-vous prendre les transports en commun ?

- Sans difficulté
- Avec difficulté
- Seulement avec l'aide de quelqu'un
- Pas capable du tout

12. Vos problèmes de santé, si vous en avez, vous empêchent-ils de faire ce que vous voulez ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

13. Vous arrive-t-il de ne pas pouvoir penser clairement ou d'être embrouillé(e) ?

- Très rarement
- Rarement
- Souvent
- Très souvent

**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

14. Vos difficultés pour réfléchir, si vous en avez, vous empêchent-elles de faire ce que vous voulez ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

15. Avez-vous une bonne mémoire ?

- Excellente
- Bonne
- Pas très bonne
- Mauvaise

16. Vos problèmes de mémoire, si vous en avez, vous empêchent-ils de faire ce que vous voulez ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

17. Globalement, vous sentez-vous anxieux(se) ?

- Pas du tout anxieux(se)
- Un peu anxieux(se)
- Anxieux(se)
- Très anxieux(se)

**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

18. Votre anxiété, si vous êtes anxieux(se), vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

19. Globalement, vous sentez-vous déprimé(e) ?

- Pas du tout déprimé(e)
- Un peu déprimé(e)
- Déprimé(e)
- Très déprimé(e)

20. Cette dépression, si vous êtes déprimé(e), vous empêche-t-elle de faire ce que vous voulez ?

- Pas du tout
- Un peu
- Assez
- Beaucoup

21. Etes-vous satisfait(e) de vos contacts sociaux ou de vos relations avec les autres ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

22. Vous sentez-vous heureux(se) dans vos relations avec les autres personnes ?

- Beaucoup
- Assez
- Un peu
- Pas du tout

23. Avez-vous quelqu'un à qui parler de problèmes personnels quand vous le souhaitez ?

- Presque toujours
- Assez souvent
- Quelquefois
- Pas du tout

24. Etes-vous intéressé(e) par la sexualité ?

- Beaucoup
- Assez
- Un peu
- Pas du tout

25. Avez-vous des relations sexuelles ?

- Souvent
- Assez souvent
- Quelquefois
- Pas du tout



**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

26. Etes-vous satisfait(e) de la façon dont vous parvenez à organiser vos passe-temps ou vos loisirs ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

27. Etes-vous satisfait(e) de votre situation financière ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

28. Avez-vous l'impression de ne pas pouvoir vous permettre le niveau de vie dont vous auriez envie ?

- Pas du tout
- Un peu
- Beaucoup
- Vraiment beaucoup

29. Etes-vous satisfait(e) de votre vie actuelle, si vous la comparez au passé ?

- Très satisfait(e)
- Satisfait(e)
- Insatisfait(e)
- Très insatisfait(e)

**Toutes ces questions font référence à votre situation actuelle.**

30. Tout compte fait, comment voyez-vous les choses pour l'avenir ?

- Bien mieux
- Mieux
- Pire
- Bien pire

31. Votre idée de l'avenir vous empêche-t-elle de faire ou d'entreprendre ce que vous voulez ?

- Pas du tout
- Un peu
- Pas mal
- Beaucoup

32. **Vous avez rempli ce questionnaire**

- Entièrement seul(e)
- Avec l'aide de quelqu'un

**Pouvez-vous nous indiquer si les événements suivants ont perturbé ou non votre vie au cours des 12 derniers mois ?**

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Survenue d'une maladie                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Mauvaise santé  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| S'occuper d'un proche au quotidien                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problème(s) dans la vie de couple                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Avoir été affecté par un décès                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Maladie sérieuse d'un proche                                | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problème(s) concernant les enfants                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Problème(s) dans vos relations avec des amis ou des proches | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Départ à la retraite ou problème(s) au travail              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Déménagement  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Un environnement qui ne vous satisfait pas                  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Revenus modestes  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Souci(s) financier(s)                                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autre(s)  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Si oui, merci de préciser :

**Avez-vous été hospitalisé(e) au cours des 12 derniers mois ?**  Oui  Non

**Conduisez-vous une voiture ?**  Oui  Non

## Mesure de l'état de santé psychologique (questionnaire PHQ9)

Au cours des **deux dernières semaines**, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?

### 5.1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

### 5.2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

### 5.3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

### 5.4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

5.5. Peu d'appétit ou trop manger

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

5.6. Mauvaise perception de vous-même, ou vous pensez que vous êtes un(e) perdant(e) ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

5.7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

5.8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours



Nom, Nom de naissance

Prénom, DDN

5.9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre

- Jamais
- Plusieurs jours
- Plus de la moitié du temps
- Presque tous les jours

## Questionnaire EPICES

### Cochez la case correspondante

1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ?

Oui  Non

2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?

Oui  Non

3. Vivez-vous en couple ?

Oui  Non

4. Etes-vous propriétaire de votre logement ?

Oui  Non

5. Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?

Oui  Non

6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?

Oui  Non

7. Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ?

Oui  Non

8. Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?

Oui  Non

9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?

Oui  Non



Nom, Nom de naissance

Prénom, DDN

10. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?

Oui       Non

11. En cas de difficultés (financières, familiales, de santé ...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ?

Oui       Non



### Dépistage syndrome d'apnée du sommeil (échelle de somnolence d'Epworth)

Quel risque avez-vous de vous assoupir ou de vous endormir dans les situations suivantes, sans considérer les moments où vous vous sentez fatigué(e) ? Ces questions s'appliquent à vos habitudes de vie actuelles, dans des conditions habituelles. Si vous n'avez pas effectué récemment certaines activités, essayez d'imaginer comment vous auriez réagi. Utilisez l'échelles ci-dessous en choisissant le chiffre le plus approprié pour chaque situation.

- 0 : aucun risque de m'assoupir ou de m'endormir  
 1 : faible risque de m'assoupir ou de m'endormir  
 2 : risque modéré de m'assoupir ou de m'endormir  
 3 : risque élevé de m'assoupir ou de m'endormir

Situations	Scores			
Lire en position assise	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Regarder la télévision	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Être assis(e) inactif(ve) dans un lieu public (théâtre, réunion par exemple)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Être assis(e) en tant que passager(ère) dans un véhicule pour une période d'une heure sans arrêt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Être étendu(e) l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Être assis(e) en parlant avec quelqu'un	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Être assis(e) tranquille après un repas sans boisson alcoolique	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dans une voiture arrêtée quelques minutes à un feu de circulation ou dans la circulation	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

## Dépistage des troubles auditifs

1. Vous sentez-vous mal à l'aise à cause d'un problème d'audition, lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ?  
 Oui       Parfois       Non
2. Vous sentez-vous frustré(e) par un problème d'audition lorsque vous parlez aux membres de votre famille ?  
 Oui       Parfois       Non
3. Avez-vous des difficultés pour entendre quand quelqu'un parle à voix basse ?  
 Oui       Parfois       Non
4. Vous sentez-vous handicapé(e) par un problème d'audition ?  
 Oui       Parfois       Non
5. Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté lorsque vous rendez visite à des amis, parents ou voisins ?  
 Oui       Parfois       Non
6. Assistez-vous moins souvent que vous voudriez à certains évènements (Spectacles, concerts, cérémonies religieuses) à cause d'un problème d'audition ?  
 Oui       Parfois       Non
7. Est-ce qu'un problème d'audition est à l'origine de disputes avec les membres de votre famille ?  
 Oui       Parfois       Non
8. Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté pour écouter la TV ou la radio ?  
 Oui       Parfois       Non
9. Avez-vous l'impression qu'une quelconque difficulté d'audition limite ou gêne votre vie personnelle ou sociale ?  
 Oui       Parfois       Non
10. Est-ce qu'un problème d'audition vous met en difficulté lorsque vous êtes au restaurant avec des parents ou des amis ?  
 Oui       Parfois       Non

## Questionnaire Mini-Zarit

**A compléter uniquement si vous êtes aidant principal d'une personne**

**Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il :**

1. Des difficultés dans votre vie familiale ?

Jamais       Parfois       Souvent

2. Des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs ou dans votre travail ?

Jamais       Parfois       Souvent

3. Un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?

Jamais       Parfois       Souvent

4. Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?

Jamais       Parfois       Souvent

5. Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?

Jamais       Parfois       Souvent

6. Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?

Jamais       Parfois       Souvent

7. Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?

Jamais       Parfois       Souvent