QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE (ÉCHELLE DE DUKE)

NOM – Prénom : .....

Date de naissance : ..... **Date de réalisation du questionnaire :** .....

Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la case correspondante à la réponse choisie. Si vous ne savez pas trop comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Merci de remplir cette feuille avant votre premier rendez-vous de diagnostic éducatif avec le professionnel de santé que vous avez choisi et de la lui remettre.

Les questions suivantes cherchent à décrire votre santé telle que vous la ressentez :	**Oui, c'est tout à fait mon cas**	**C'est à peu près mon cas**	**Non, ce n'est pas mon cas**
Je me trouve bien comme je suis			
Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre			
Au fond, je suis une personne en bonne santé			
Je me décourage trop facilement			
J'ai du mal à me concentrer			
Je suis contente(e) de ma vie de famille			
Je suis à l'aise avec les autres			

AUJOURD'HUI	**Pas du tout**	**Un peu**	**Beaucoup**
J'ai du mal à monter un étage			
J'ai du mal à courir une centaine de mètres			

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	**Pas du tout**	**Un peu**	**Beaucoup**
J'ai eu des problèmes de sommeil			
J'ai eu des douleurs quelque part			
J'ai eu l'impression d'être vite fatigué(e)			
J'ai été triste et déprimé(e)			
J'ai été tendu(e) et nerveux (se)			
J'ai rencontré des parents ou des amis (conversation, visite...)			
J'ai eu des activités de groupe (réunions, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)			

AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	**Pas du tout**	**Oui, 1 à 4 jours**	**Oui, 5 à 7 jours**
J'ai dû rester chez moi ou faire un séjour à l'hôpital pour raison de santé (maladie, accident...)			