**QUESTIONNAIRE DE QUALITÉ DE VIE - SF12**

Nom : ☐ Avant programme

Prénom : ☐ Après programme

N° dossier :

Date :

**1 Dans l’ensemble, pensez-vous que votre santé est :**

☐1 Excellente ☐2 Très bonne ☐3 Bonne ☐4 Médiocre ☐5 Mauvaise

**En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :**  
**2. des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l’aspirateur, jouer aux boules...) ?**  
☐1 Oui, beaucoup limité ☐2 Oui, un peu limité ☐3 Non, pas du tout limité     
  
**3. monter plusieurs étages par l’escalier ?**

☐1 Oui, beaucoup limité ☐2 Oui, un peu limité ☐3 Non, pas du tout limité

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :**

**4. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?**

☐1 Oui ☐2 Non

**5. avez-vous été limité pour faire certaines choses ?**

☐1 Oui ☐2 Non

**Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :**

**6. avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?**

☐1 Oui ☐2 Non

**7.avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d’attention que d’habitude ?**

☐1 Oui ☐2 Non

**8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?**

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

**Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Toujours** | **la plupart du temps** | **souvent** | **parfois** | **jamais** |
| **9.y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?** |  |  |  |  |  |
| **10.y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d’énergie ?** |  |  |  |  |  |
| **11.y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?** |  |  |  |  |  |

**12. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?**

☐1 Toujours ☐2 La plupart du temps ☐3 Souvent ☐4 Parfois ☐5 Jamais

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Calcul du score physique et mental :** [**http://orthotoolkit.com/sf-12/**](http://orthotoolkit.com/sf-12/)