

Date: _____

Institution: _____

Initiales du participant: _____

N° du dossier médical: _____

N° du participant: _____

Questionnaire d'Évaluation des Symptômes – Centre MD. Anderson (MDASI-CORE)

1ère Partie : Quelle est la **gravité** des symptômes ?

Certaines maladies ou traitements sont causes de symptômes. Nous vous demandons d'évaluer l'importance de ces derniers si vous y avez été confrontés **au cours des dernières 24 heures**. Pour chaque question ci-dessous, noircissez un cercle de 0 (absence de symptôme) à 10 (le pire qu'on puisse imaginer).

	Absence De Symptôme					Le Pire Qu'on Puisse Imaginer					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. La douleur la plus intense ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
2. La fatigue la plus importante ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
3. Les nausées plus sévères?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
4. Les troubles du sommeil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
5. Le degré d' inquiétude ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
6. L'essoufflement le plus marqué ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
7. L'importance de troubler votre de mémoire ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
8. L'importance de la perte d'appétit ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
9. L'importance de la somnolence ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
10. L'importance de la sécheresse de bouche ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Date: _____

Institution: _____

Initiales du participant: _____

N° du dossier médical: _____

N° du participant: _____

	Absence De Symptôme					Le Pire Qu'on Puisse Imaginer					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Le degré de tristesse ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
12. L'importance des vomissements ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
13. L'importance des sensations d'engourdissement ou de fourmillement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

2ème Partie : Quel a été l'impact de ces symptômes sur votre vie ?

Il est fréquent que ces symptômes modifient nos sensations et nos activités. Dans quelle mesure ces symptômes ont-ils perturbé les éléments suivants **au cours des dernières heures** ? Pour chaque élément ci-dessous, noircissez un cercle de 0 (les symptômes ont été peu affectés) à 10 (les symptômes ont tout perturbé).

	Aucun Impact					Impact Maximum					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. L' activité générale ?	<input type="radio"/>										
15. L' humeur ?	<input type="radio"/>										
16. Le travail (y compris les travaux ménagers) ?	<input type="radio"/>										
17. Les relations avec les autres ?	<input type="radio"/>										
18. L' aptitude à la marche ?	<input type="radio"/>										
19. L' entrain ?	<input type="radio"/>										