

QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE VIE SUR LES SYMPTÔMES DES FIBROMES UTERINS (French version of the UFS-QOL)

Nous vous présentons ci-dessous une liste de symptômes présents chez les femmes qui ont des fibromes utérins. Pour chaque symptôme, nous vous demandons de penser à votre fibrome ou à votre cycle menstruel. Veuillez dire, pour chacune des questions, à quel point vous avez été perturbée par chaque symptôme au cours des 3 derniers mois.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez vous assurer de répondre à toutes les questions en cochant (✖) la case qui correspond le mieux à votre réponse. Si vous n'êtes pas concernée par une question, répondez en cochant la case « pas du tout ».

Au cours des 3 derniers mois, à quel point les symptômes suivants vous ont-ils perturbée :	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Enormément
1. Pertes de sang importantes pendant vos règles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Présence de caillots de sang dans vos règles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Variation de la durée de vos règles	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Variation de la durée de votre cycle mensuel	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Sensation de gonflement ou de lourdeur au niveau du bas ventre	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Besoin fréquent d'uriner pendant la journée	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Besoin fréquent d'uriner pendant la nuit	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Sensation de fatigue	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Les questions suivantes portent sur ce que vous avez ressenti ou vécu à cause des conséquences de votre fibrome sur votre vie. Nous vous demandons de répondre à chaque question en pensant à ce que vous avez vécu ou ressenti à cause de votre fibrome au cours des 3 derniers mois.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Veuillez vous assurer de répondre à toutes les questions en cochant (*) la case qui correspond le mieux à votre réponse. Si vous n'êtes pas concernée par une question, répondez en cochant la case « jamais ».

Au cours des 3 derniers mois, avec quelle fréquence les symptômes liés à votre fibrome ont-ils eu les conséquences suivantes ?	Jamais	Rare-ment	Parfois	Très souvent	Tout le temps
9. Avez-vous été inquiète de ne pas connaître à l'avance le début ou la durée de vos règles ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Avez-vous été inquiète à l'idée de sortir de chez vous, de vous déplacer ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Avez-vous été perturbée dans vos activités physiques (par ex. : faire une promenade, de l'exercice, etc.) ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Vous êtes-vous sentie fatiguée ou épuisée ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Avez-vous été obligée de diminuer le temps passé à faire de l'exercice ou d'autres activités physiques ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir mener votre vie comme vous le vouliez ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Avez-vous eu peur de tacher vos sous-vêtements ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. Avez-vous eu l'impression d'être moins efficace ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Avez-vous eu envie de dormir pendant la journée ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Avez-vous été gênée d'avoir pris du poids ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Avez-vous eu l'impression que vous aviez du mal à effectuer vos activités habituelles ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. Vos activités avec les autres ont-elles été perturbées (par ex. : aller au cinéma, au restaurant, à des soirées) ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
21. Avez-vous été gênée d'avoir pris du ventre ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
22. Avez-vous eu peur de tacher vos draps ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Au cours des 3 derniers mois, avec quelle fréquence les symptômes liés à votre fibrome ont-ils eu les conséquences suivantes ?	Jamais	Rare-ment	Parfois	Très souvent	Tout le temps
23. Avez-vous été triste, découragée ou désespérée ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
24. Avez-vous été démoralisée ou avez-vous eu le cafard ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
25. Vous êtes-vous sentie lessivée ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
26. Avez-vous été inquiète pour votre santé ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
27. Avez-vous dû organiser vos activités différemment ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
28. Avez-vous été embêtée de devoir toujours prendre avec vous une réserve de serviettes hygiéniques, tampons et vêtements de rechange pour éviter des accidents ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
29. Vous-êtes vous sentie embarrassée vis-à-vis des autres ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
30. Vous êtes-vous posé des questions à propos de votre avenir ou de vos activités à venir ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
31. Avez-vous été irritable ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
32. Avez-vous eu peur de tacher vos vêtements (votre pantalon ou votre jupe par exemple) ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
33. Avez-vous dû changer de taille de vêtements pendant vos règles ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
34. Avez-vous eu l'impression de ne plus pouvoir maîtriser votre santé ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
35. Vous êtes-vous sentie faible, comme vidée ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
36. Votre désir sexuel a-t-il diminué ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
37. Avez-vous évité les activités sexuelles ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5