

Questionnaires

5 DERNIERES SEANCES DE TRAITEMENT

Case Report

3

Questionnaires Patiente : séance fin de traitement -5 jours

AVANT la séance fin de traitement -5 jours

- 36 HADS
- 37 Questionnaire de symptômes et d'attribution
- 38 Questionnaire de médication et d'aide psychologique
- 39 Questionnaire d'aide souhaitée de la part de l'équipe de RT
- 40 Questionnaire d'aide reçue de la part de l'équipe de RT
- 41 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la séance fin de traitement -5 jours

- 42 VAS état émotionnel de la patiente

Questionnaires Patiente : séance fin de traitement -4 jours

AVANT la séance fin traitement -4 jours

- 43 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la séance fin traitement -4 jours

- 44 VAS état émotionnel de la patiente

Questionnaires Patiente : séance fin de traitement -3 jours

AVANT la séance fin traitement -3 jours

- 45 VAS Etat émotionnel de la patiente

APRES la séance fin traitement -3 jours

46 VAS Etat émotionnel de la patiente

Questionnaires Patiente : séance fin de traitement -2 jours

AVANT la séance fin de traitement -2 jours

47 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la séance fin de traitement -2 jours

48 VAS état émotionnel de la patiente

Questionnaires Patiente : dernière séance

AVANT la dernière séance

49 VAS état émotionnel de la patiente

APRES la dernière séance

50 VAS état émotionnel de la patiente

51 HADS

52 Questionnaire de connaissance des effets secondaires de la RT

53 Questionnaire du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé

54 Questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ-C30 et EORTC QLQ-BR 23

55 Questionnaire de symptômes et d'attribution

56 Questionnaire médication et d'aide psychologique

57 Questionnaires des sources d'informations

58 Questionnaire d'aide reçue de la part de l'équipe de RT

59 Questionnaire d'aide souhaitée de la part de l'équipe de RT

60 Questionnaire de satisfaction EORTC-SAT35/RT



CONFIDENTIEL



15839

Avant la fin du traitement - 5 jours

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--

H.A.D.S.

Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je suis tendu(e) :

- ☐ La plupart du temps
☐ Très souvent
☐ De temps en temps
☐ Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Pas autant
☐ Un peu seulement
☐ Presque pas du tout

3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver :

- ☐ Oui, très nettement
☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
☐ Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- ☐ Autant que par le passé
☐ Plus autant maintenant
☐ Vraiment moins qu'avant
☐ Plus du tout

5. Je me fais du souci :

- ☐ Très souvent
☐ Assez souvent
☐ De temps en temps
☐ Parfois

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
☐	☐	☐	☐	☐	☐
					36

C	1
---	---



15839

Avant la fin du traitement - 5 jours

CONFIDENTIEL



H.A.D.S.

6. Je suis de bonne humeur :

- ☐ Jamais
- ☐ Pas souvent
- ☐ Parfois
- ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester assis(e) et me sentir décontracté(e) :

- ☐ Oui
- ☐ En général
- ☐ Pas souvent
- ☐ Jamais

8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite :

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Pas du tout

9. J'éprouve des sensations de peur :

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- ☐ Oui, beaucoup
- ☐ Assez
- ☐ Pas beaucoup
- ☐ Jamais

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

☐☐☐☐☐☐☐☐



H.A.D.S.

12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses :

- ☐ Autant qu'auparavant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision :

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Peu souvent
- ☐ Très rarement

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
					36

C	3
---	---



CONFIDENTIEL

Avant la fin du traitement - 5 jours



Questionnaire d'informations médicales complété par la patiente

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous présenté les symptômes suivants ?

Si oui, attribuez-vous ce symptôme à la radiothérapie ?

Oui

Non

Oui

Non

1. Ongles cassants

☐☐☐☐

2. Gonflement du bras

☐☐☐☐

3. Maux de tête

☐☐☐☐

4. Allergies

☐☐☐☐

5. Tiraillements au niveau du bras

☐☐☐☐

6. Douleurs au niveau de la zone traitée

☐☐☐☐

7. Pigmentation brune au niveau de la zone traitée

☐☐☐☐

8. Lancements au niveau de la zone traitée

☐☐☐☐

9. Troubles du sommeil

☐☐☐☐

10. Asthme

☐☐☐☐

11. Sensation de chaleur au niveau de la zone traitée

☐☐☐☐

12. Essoufflements

☐☐☐☐

13. Nervosité

☐☐☐☐

14. Toux

☐☐☐☐

15. Rougeurs au niveau de la zone traitée

☐☐☐☐

16. Vertiges

☐☐☐☐

17. Perte de souplesse de la peau au niveau de la zone traitée

☐☐☐☐

18. Difficultés à avaler

☐☐☐☐

19. Troubles de la concentration

☐☐☐☐

20. Brûlures au niveau de la zone traitée

☐☐☐☐

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

C

4



2088

Avant la fin du traitement - 5 jours

CONFIDENTIEL



Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous présenté les symptômes suivants ?

Si oui, attribuez-vous ce symptôme à la radiothérapie ?

	Oui	Non	Oui	Non
21. Transpiration	☐	☐	☐	☐
22. Troubles de la vue	☐	☐	☐	☐
23. Diarrhée	☐	☐	☐	☐
24. Gonflement du sein (oedème)	☐	☐	☐	☐
25. Pertes de mémoire	☐	☐	☐	☐
26. Suintement au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐
27. Fatigue	☐	☐	☐	☐
28. Nausées	☐	☐	☐	☐
29. Perte de cheveux	☐	☐	☐	☐
30. Perte d'appétit	☐	☐	☐	☐

T

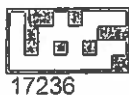
Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.



CONFIDENTIEL



17236

Avant la fin du traitement - 5 jours

Médications de la patiente

Actuellement prenez-vous les types de médicaments suivants ?

Si oui, depuis combien de temps ?

Anxiolytique ☐ Oui ☐ Non

année(s) mois jours

Antidépresseur ☐ ☐

année(s) mois jours

Autre psychotrope ☐ ☐

année(s) mois jours

si oui, spécifiez :

T

Eq.

I/N

Patient

Eval.

Quest.

C

6

Avant la fin du traitement – 5 jours

--	--	--	--	--	--	--	--

Aide psychologique

OUI - NON

Si oui depuis combien de temps ?

30. Pour faire face à la maladie et à ses traitements, bénéficiez-vous d'un suivi psychologique, psychiatrique et/ou psychothérapeutique.

☐ ☐

--	--

 année(s)

--	--

 mois

--	--

 jours

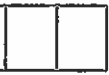
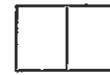
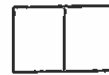
T Eq. Intervenant Eval. Quest.

						3	8
--	--	--	--	--	--	---	---

C	6 bis
---	-------



CONFIDENTIEL



61899

Avant la fin du traitement - 5 jours

Aide souhaitée de la part de l'équipe de radiothérapie

Veillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **souhaitez** recevoir de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil durant votre radiothérapie. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des médecins radiothérapeutes :

	Pas du tout					Tout à fait					
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des infirmier(ère)s/technologues :

	Pas du tout					Tout à fait					
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des secrétaires d'accueil :

	Pas du tout					Tout à fait					
	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.



C

7



62905

CONFIDENTIEL



Avant la fin du traitement - 5 jours

Aide reçue de la part de l'équipe de radiothérapie

Veillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **avez reçu** de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil **depuis votre séance de simulation jusqu'à ce jour**. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des médecins radiothérapeutes :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des infirmier(ère)s/technologues :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des secrétaires d'accueil :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

Avant fin traitement –5 jours

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après fin traitement -5 jours

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veuillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Avant fin traitement -4 jours

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veuillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après fin traitement -4 jours

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Avant fin traitement -3 jours

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veuillez indiquer sur l'échelle ci-dessous **ce que vous ressentez à cet instant**. Veuillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après fin traitement –3 jours

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Avant fin traitement -2 jours

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après fin traitement -2 jours

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Avant la dernière séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veuillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste

Après la dernière séance

ETAT EMOTIONNEL DE LA PATIENTE

Veillez indiquer sur l'échelle ci-dessous ce que vous ressentez à cet instant. Veillez mettre un trait vertical sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à votre situation.

A cet instant, je me sens :

Pas du tout anxieuse

extrêmement anxieuse

Pas du tout triste

extrêmement triste



21648

CONFIDENTIEL

Après la dernière séance

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--



H.A.D.S.

Lisez chaque série de questions et cochez la case qui exprime le mieux ce **que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler**. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire, votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez qu'une réponse longuement méditée.

1. Je suis tendu(e) :

- ☐ La plupart du temps
☐ Très souvent
☐ De temps en temps
☐ Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Pas autant
☐ Un peu seulement
☐ Presque pas du tout

3. J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver :

- ☐ Oui, très nettement
☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave
☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
☐ Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses :

- ☐ Autant que par le passé
☐ Plus autant maintenant
☐ Vraiment moins qu'avant
☐ Plus du tout

5. Je me fais du souci :

- ☐ Très souvent
☐ Assez souvent
☐ De temps en temps
☐ Parfois

T	Eq.	IN	Patient	Eval.	Quest.
---	-----	----	---------	-------	--------

☐	☐	☐	☐	☐	☐
					51

C	19
---	----



21648



H.A.D.S.

6. Je suis de bonne humeur :

- ☐ Jamais
- ☐ Pas souvent
- ☐ Parfois
- ☐ La plupart du temps

7. Je peux rester assis(e) et me sentir décontracté(e) :

- ☐ Oui
- ☐ En général
- ☐ Pas souvent
- ☐ Jamais

8. J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite :

- ☐ Presque toujours
- ☐ Très souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Pas du tout

9. J'éprouve des sensations de peur :

- ☐ Jamais
- ☐ Parfois
- ☐ Assez souvent
- ☐ Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence :

- ☐ Plus du tout
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais
- ☐ Il se peut que je n'y fasse pas autant attention
- ☐ J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place :

- ☐ Oui, beaucoup
- ☐ Assez
- ☐ Pas beaucoup
- ☐ Jamais

T	Eq.	IN	Patient	Eval.	Quest.
☐	☐	☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐	5 1



H.A.D.S.

12. Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses :

- ☐ Autant qu'auparavant
- ☐ Un peu moins qu'avant
- ☐ Bien moins qu'avant
- ☐ Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- ☐ Vraiment très souvent
- ☐ Assez souvent
- ☐ Pas très souvent
- ☐ Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision :

- ☐ Souvent
- ☐ Parfois
- ☐ Peu souvent
- ☐ Très rarement



22076

CONFIDENTIEL

Après la dernière séance

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--



Questionnaire de connaissances de la radiothérapie

Selon vous, parmi les symptômes suivants, quels sont ceux attribuables en théorie à la radiothérapie ?

	Oui	Non
1. Ongles cassants	☐	☐
2. Gonflement du bras	☐	☐
3. Maux de tête	☐	☐
4. Allergies	☐	☐
5. Tiraillements au niveau du bras	☐	☐
6. Douleurs au niveau de la zone traitée	☐	☐
7. Pigmentation brune au niveau de la zone traitée	☐	☐
8. Lancements au niveau de la zone traitée	☐	☐
9. Troubles du sommeil	☐	☐
10. Asthme	☐	☐
11. Sensation de chaleur au niveau de la zone traitée	☐	☐
12. Essoufflements	☐	☐
13. Nervosité	☐	☐
14. Toux	☐	☐
15. Rougeurs au niveau de la zone traitée	☐	☐
16. Vertiges	☐	☐
17. Perte de souplesse de la peau au niveau de la zone traitée	☐	☐
18. Difficultés à avaler	☐	☐
19. Troubles de la concentration	☐	☐
20. Brûlures au niveau de la zone traitée	☐	☐

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
---	-----	-----	---------	-------	--------

☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	52

C

22



22076



	Oui	Non
21. Transpiration	☐	☐
22. Troubles de la vue	☐	☐
23. Diarrhée	☐	☐
24. Gonflement du sein (oedème)	☐	☐
25. Pertes de mémoire	☐	☐
26. Suintement au niveau de la zone traitée	☐	☐
27. Fatigue	☐	☐
28. Nausées	☐	☐
29. Perte de cheveux	☐	☐
30. Perte d'appétit	☐	☐





Après la dernière séance

		/			/	2	0		
--	--	---	--	--	---	---	---	--	--



Cette feuille comporte 18 phrases qui parlent de la santé. On vous demande d'indiquer dans quelle mesure ces phrases correspondent à votre façon de penser et d'agir. Vous avez 6 possibilités de réponse pour chaque phrase. Plus vous estimez que la phrase correspond à votre personne, plus vous cochez la case du côté vrai; plus vous estimez qu'elle ne correspond pas à vous-même, plus vous cochez du côté faux.

1. Lorsque je suis malade, c'est mon propre comportement qui détermine le temps qu'il me faudra pour guérir.

□ □ □ □ □ □

2. Quoi que je fasse, si je suis sur le point de tomber malade, je serai malade.

□ □ □ □ □ □

3. Avoir des contacts réguliers avec mon médecin, c'est pour moi la meilleure façon d'échapper à la maladie.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Il me semble que mon état de santé est, en grande partie, influencé par des événements accidentels, des faits du hasard.

□ □ □ □ □ □

5. Chaque fois que je ne me sens pas bien, je devrais consulter quelqu'un de compétent dans le domaine médical (ou paramédical).

□ □ □ □ □ □

6. Mon état de santé est sous mon contrôle.

□ □ □ □ □ □ □

7. Ma famille a beaucoup d'influence sur le fait que je sois ou non en bonne santé.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- c. Quand je tombe malade, c'est de ma faute.

□ □ □ □ □ □

9. La chance joue un grand rôle pour déterminer le temps qu'il me faudra pour recouvrer la santé.

□ □ □ □ □ □

10. Les médecins (ou professions médicales) me gardent en bonne santé.

□ □ □ □ □ □

11. Pour moi, être en bonne santé, c'est pour une grande part avoir la chance de mon côté.

□ □ □ □ □ □

12. Mon état de santé dépend principalement de la façon dont je prends soin de moi-même.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. Si je prends soin de moi-même, je peux éviter la maladie.

□ □ □ □ □ □

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
---	-----	-----	---------	-------	--------

						5	3
--	--	--	--	--	--	---	---

C 24





Après la dernière séance

CONFIDENTIEL



FAUX FAUX FAUX VRAI VRAI VRAI

14. Lorsque je guéris, c'est habituellement parce que d'autres personnes (docteurs, infirmières, famille, amis) ont bien pris soin de moi.

□ □ □ □ □ □

15. Quoi que je fasse, je suis susceptible de tomber malade.

□ □ □ □ □ □

16. Lorsque je deviens malade, c'est le fait du destin.

□ □ □ □ □ □

- ☐ 7. Si je prends des précautions, je peux rester en bonne santé.

□ □ □ □ □ □

18. Suivre à la lettre les conseils du médecin, c'est pour moi la meilleure façon de rester en bonne santé.

□ □ □ □ □ □

T	Eq.	IN	Patient	Eval.	Quest.
---	-----	----	---------	-------	--------

							5	3
--	--	--	--	--	--	--	---	---

C 25



						2	0		
--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

						5	4
--	--	--	--	--	--	---	---

C

26



Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

1 2 3 4

14. Avez-vous eu des nausées (mal au coeur) ?	☐	☐	☐	☐
15. Avez-vous vomi ?	☐	☐	☐	☐
16. Avez-vous été constipée ?	☐	☐	☐	☐
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	☐	☐	☐	☐
18. Etiez-vous fatiguée ?	☐	☐	☐	☐
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	☐	☐	☐	☐
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision?	☐	☐	☐	☐
21. Vous êtes-vous sentie tendue ?	☐	☐	☐	☐
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	☐	☐	☐	☐
23. Vous êtes-vous sentie irritable ?	☐	☐	☐	☐
24. Vous êtes-vous sentie déprimée ?	☐	☐	☐	☐
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	☐	☐	☐	☐
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie <u>familiale</u> ?	☐	☐	☐	☐
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans vos activités <u>sociales</u> (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma, ...) ?	☐	☐	☐	☐
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	☐	☐	☐	☐

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
---	-----	-----	---------	-------	--------

						5	4
--	--	--	--	--	--	---	---

C

27



Pour les questions suivantes, veuillez répondre en cochant la case entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation.

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Très mauvais						Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?

1	2	3	4	5	6	7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Très mauvais						Excellent



Questionnaire de qualité de vie EORTC QLQ-BR 23

Les patients rapportent parfois les symptômes ou les problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, durant la semaine passée, vous avez été affectée par l'un de ces symptômes ou problèmes. Cochez, s'il vous plaît, la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours de la semaine passée :

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 31. Avez-vous eu la bouche sèche ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 32. La nourriture ou la boisson avaient-elles un goût inhabituel ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 33. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 34. Avez-vous perdu des cheveux ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 35. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux: La perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 36. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 38. Avez-vous eu mal à la tête ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 39. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 40. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 41. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 42. Votre corps vous a-t-il déplu ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 43. Vous êtes-vous préoccupée de votre santé pour l'avenir ? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

						5	4
--	--	--	--	--	--	---	---

C

29

Au cours des QUATRE dernières semaines :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
	1	2	3	4
44. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ?	☐	☐	☐	☐
45. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ?	☐	☐	☐	☐
46. Répondez à cette question uniquement si vous avez eu une activité sexuelle : Dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	☐	☐	☐	☐

Au cours de la semaine passée :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
	1	2	3	4
47. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?	☐	☐	☐	☐
48. Avez-vous eu la main ou le bras enflé ?	☐	☐	☐	☐
49. Avez-vous eu du mal à lever le bras devant vous ou sur le côté ?	☐	☐	☐	☐
50. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?	☐	☐	☐	☐
51. La région de votre sein traité était-elle enflée ?	☐	☐	☐	☐
52. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ?	☐	☐	☐	☐
53. Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ?	☐	☐	☐	☐



5174

CONFIDENTIEL

Après la dernière séance

 / /

2

0



Questionnaire d'informations médicales complété par la patiente

Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous présenté les symptômes suivants ?

Si oui, attribuez-vous ce symptôme à la radiothérapie ?

	Oui	Non	Oui	Non
1. Ongles cassants	☐	☐	☐	☐
2. Gonflement du bras	☐	☐	☐	☐
3. Maux de tête	☐	☐	☐	☐
4. Allergies	☐	☐	☐	☐
5. Tiraillements au niveau du bras	☐	☐	☐	☐
6. Douleurs au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐
7. Pigmentation brune au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐
8. Lancements au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐
9. Troubles du sommeil	☐	☐	☐	☐
10. Asthme	☐	☐	☐	☐
11. Sensation de chaleur au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐
12. Essoufflements	☐	☐	☐	☐
13. Nervosité	☐	☐	☐	☐
14. Toux	☐	☐	☐	☐
15. Rougeurs au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐
16. Vertiges	☐	☐	☐	☐
17. Perte de souplesse de la peau au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐
18. Difficultés à avaler	☐	☐	☐	☐
19. Troubles de la concentration	☐	☐	☐	☐
20. Brûlures au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

5

5

C

31





Au cours de la semaine qui vient de s'écouler, avez-vous présenté les symptômes suivants ?

Si oui, attribuez-vous ce symptôme à la radiothérapie ?

	Oui	Non	Oui	Non
21. Transpiration	☐	☐	☐	☐
22. Troubles de la vue	☐	☐	☐	☐
23. Diarrhée	☐	☐	☐	☐
24. Gonflement du sein (oedème)	☐	☐	☐	☐
25. Pertes de mémoire	☐	☐	☐	☐
26. Suintement au niveau de la zone traitée	☐	☐	☐	☐
27. Fatigue	☐	☐	☐	☐
28. Nausées	☐	☐	☐	☐
29. Perte de cheveux	☐	☐	☐	☐
30. Perte d'appétit	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	5	5
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	---

C

32



17533

CONFIDENTIEL

Après la dernière séance

 / / 20

Médications de la patiente

Actuellement prenez-vous les types de médicaments suivants ?

Si oui, depuis combien de temps ?

Anxiolytique

Oui Non

☐

☐

 année(s) mois jours

Antidépresseur

☐

☐

 année(s) mois jours

Autre psychotrope

☐

☐

 année(s) mois jours

si oui, spécifiez :

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

5

6

C

33

Après la dernière séance

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Aide psychologique

OUI - NON

Si oui depuis combien de temps ?

30. Pour faire face à la maladie et à ses traitements, bénéficiez-vous d'un suivi psychologique, psychiatrique et/ou psychothérapeutique.

☐ ☐

--	--

 année(s)

--	--

 mois

--	--

 jours

T Eq. Intervenant Eval. Quest.

						5	6
--	--	--	--	--	--	---	---

C

33 bis



21169

CONFIDENTIEL

Après la dernière séance

20

Sources d'informations

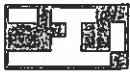
Nous nous intéressons aux sources d'informations auxquelles vous avez eu accès concernant votre radiothérapie. Lisez chaque proposition et indiquez si "oui" ou "non" vous avez reçu de l'information au sujet de votre radiothérapie par cette source.

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Consultation avec le radiothérapeute | ☐ | ☐ |
| 2. Intervenants médicaux de l'équipe de radiothérapie | ☐ | ☐ |
| 3. Intervenants médicaux hors de l'équipe de radiothérapie | ☐ | ☐ |
| 4. Membres de la famille ou amis | ☐ | ☐ |
| 5. Associations | ☐ | ☐ |
| 6. Brochures médicales | ☐ | ☐ |
| 7. Internet | ☐ | ☐ |
| 8. Médias (Télévision, magazines, ...) | ☐ | ☐ |
| 9. Livres spécialisés | ☐ | ☐ |
| 10. Témoignages | ☐ | ☐ |
| 11. Autre(s): spécifiez _____ | ☐ | ☐ |

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
☐	☐	☐	☐	☐	57

C

34



63206

CONFIDENTIEL

Après la dernière séance



Aide reçue de la part de l'équipe de radiothérapie

Veillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **avez reçu** de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil **durant la semaine qui vient de s'écouler jusqu'à ce jour**. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des médecins radiothérapeutes :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des infirmier(ère)s/technologues :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
2. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

Au niveau des secrétaires d'accueil :

	Pas du tout			Tout à fait	
	1	2	3	4	5
1. J'ai reçu du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐
1. J'ai reçu du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐
3. J'ai reçu du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.





Aide souhaitée de la part de l'équipe de radiothérapie

Veuillez indiquer sur une échelle allant de "Pas du tout" à "Tout à fait" dans quelle mesure vous **souhaitez recevoir à l'avenir**, de l'aide de la part des médecins radiothérapeutes, des infirmier(ère)s/technologues et des secrétaires d'accueil. Veuillez cocher la case qui correspond le mieux à votre situation.

Au niveau des médecins radiothérapeutes :

	Pas du tout			Tout à fait		
	1	2	3	4	5	
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐	

Au niveau des infirmier(ère)s/technologues :

	Pas du tout			Tout à fait		
	1	2	3	4	5	
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐	

Au niveau des secrétaires d'accueil :

	Pas du tout			Tout à fait		
	1	2	3	4	5	
1. Je souhaite recevoir du soutien au niveau pratique (aide pratique).	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Je souhaite recevoir du soutien informationnel (informations, conseils, suggestions).	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Je souhaite recevoir du soutien émotionnel (écoute, réconfort).	☐	☐	☐	☐	☐	

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
								5	9



4811

CONFIDENTIEL

Après la dernière séance

 /
 /

2

0



Questionnaire de satisfaction EORTC QLQ-SAT35 / RT

Nous nous intéressons à votre expérience et à votre avis sur les soins en cours en radiothérapie. Veuillez répondre personnellement à **toutes les questions** en cochant la case qui correspond le mieux à votre situation. Il n'y a pas de "bonne" ou de "mauvaise" réponse. Ces informations resteront strictement confidentielles.

**Concernant votre traitement de radiothérapie,
comment évalueriez-vous les médecins au niveau de :**

Mauvais Moyen Bon Très bon Excellent

	1	2	3	4	5
1. Leur connaissance et leur expérience de votre maladie ?	☐	☐	☐	☐	☐
2. Le traitement et le suivi médical qu'ils vous ont fournis ?	☐	☐	☐	☐	☐
3. L'attention qu'ils ont accordée à vos problèmes physiques ?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Leur disponibilité à écouter l'ensemble de vos préoccupations ?	☐	☐	☐	☐	☐
5. L'intérêt qu'ils ont porté à votre personne ?	☐	☐	☐	☐	☐
6. Le réconfort et le soutien qu'ils vous ont apportés ?	☐	☐	☐	☐	☐
7. Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre maladie ?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos examens médicaux ?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos traitements ?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Leur ponctualité à la consultation ?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Le temps qu'il vous ont consacré durant leur consultation ?	☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

6

0

C

37



Mauvais Moyen Bon Très bon Excellent

	1	2	3	4	5
12. La manière dont ils vous ont accueilli(e) pour le traitement ?	☐	☐	☐	☐	☐
13. La manière dont ils ont pratiqué le traitement (placement sous la machine...) ?	☐	☐	☐	☐	☐
14. L'attention qu'ils ont accordée à votre confort physique ?	☐	☐	☐	☐	☐
15. L'intérêt qu'ils ont porté à votre personne ?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Le réconfort et le soutien qu'ils vous ont apportés ?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Leurs qualités humaines (politesse, respect, sensibilité, gentillesse, patience, ...) ?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos examens médicaux ?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Les informations qu'ils vous ont fournies sur vos soins ?	☐	☐	☐	☐	☐
20. Les informations qu'ils vous ont fournies sur votre traitement ?	☐	☐	☐	☐	☐
21. La rapidité avec laquelle ils ont répondu à vos demandes particulières ?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Le temps qu'ils vous ont consacré ?	☐	☐	☐	☐	☐

T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
---	-----	-----	---------	-------	--------

C 38



4811



**Concernant votre traitement de radiothérapie,
comment évalueriez-vous au niveau des services
et de l'organisation :**

	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
	1	2	3	4	5
23. La facilité d'identifier le médecin responsable de votre prise en charge ?	☐	☐	☐	☐	☐
24. La cohérence des informations entre les membres du personnel soignant ?	☐	☐	☐	☐	☐
25. L'échange d'information avec les services extra-hospitaliers (médecin traitant, soins à domicile, maison de repos, ...) ?	☐	☐	☐	☐	☐
26. La gentillesse et la serviabilité du personnel d'accueil, du secrétariat médical, des agents de service, ... ?	☐	☐	☐	☐	☐
27. Les informations fournies sur l'organisation des examens, du traitement ou des soins ?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Les informations fournies sur l'ensemble des services disponibles (service social, psychologique, diététique, ...) ?	☐	☐	☐	☐	☐
29. La facilité avec laquelle vous pouvez joindre le service par téléphone ?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous de consultation médicale ?	☐	☐	☐	☐	☐
31. La rapidité d'exécution des examens et/ou des traitements ?	☐	☐	☐	☐	☐
32. L'accessibilité (parking, moyens de transport, ...) ?	☐	☐	☐	☐	☐
33. La facilité de s'orienter vers les différents services ?	☐	☐	☐	☐	☐
34. L'environnement de l'établissement (propreté, espace, calme, ...) ?	☐	☐	☐	☐	☐

**Concernant votre traitement de radiothérapie,
comment évalueriez-vous au niveau des secrétaires
d'accueil :**

	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
	1	2	3	4	5
35. Leurs qualités relationnelles ?	☐	☐	☐	☐	☐
36. Les informations fournies ?	☐	☐	☐	☐	☐
37. Leur disponibilité ?	☐	☐	☐	☐	☐

De manière générale,

	Mauvais	Moyen	Bon	Très bon	Excellent
	1	2	3	4	5
38. Comment évalueriez-vous la qualité des soins reçus en radiothérapie ?	☐	☐	☐	☐	☐

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

60

C

39



VAS dernière semaine

 / /

2

0



Etat émotionnel de la patiente : dernière semaine

Ne pas remplir, svp : Réservé à l'équipe de recherche.

VAS ANXIETE AVANT

VAS ANXIETE APRES

FT- 5 jours Anxiété 41 Anxiété 42 FT- 4 jours Anxiété 43 Anxiété 44 FT- 3 jours Anxiété 45 Anxiété 46 FT- 2 jours Anxiété 47 Anxiété 48 FT- 1 jours Anxiété 49 Anxiété 50

VAS TRISTESSE AVANT

VAS TRISTESSE APRES

FT- 5 jours Tristesse 41 Tristesse 42 FT- 4 jours Tristesse 43 Tristesse 44 FT- 3 jours Tristesse 45 Tristesse 46 FT- 2 jours Tristesse 47 Tristesse 48 FT- 1 jours Tristesse 49 Tristesse 50

T Eq. I/N Patient Eval. Quest.

6

1

C

40



32925

CONFIDENTIEL

Après la dernière séance



Aide psychologique à la patiente

Ne pas remplir, svp : réservé à l'équipe de recherche.

Aide psychologique, psychiatrique et/ou
psychothérapeutique reçue par la patiente

Si oui, depuis combien de temps ?



Simulation : questionnaire 08

Oui

☐

Non

☐

année(s)

mois

jours

Avant la 1ère séance : questionnaire 15

☐☐

année(s)

mois

jours

Après la 5ème séance : questionnaire 32

☐☐

année(s)

mois

jours

Avant la fin du traitement - 5 jours : quest. 38

☐☐

année(s)

mois

jours



Après la dernière séance : questionnaire 56

☐☐

année(s)

mois

jours



T	Eq.	I/N	Patient	Eval.	Quest.
					6 2



Scorage