

IMAPAC



*Initier et **M**aintenir une
Activité **P**hysique **A**daptée
avec un **C**ancer*

Questionnaire T2
(à remplir à 1an)

Patient APA

Lieu de pratique de l'APA : _____

Date du remplissage questionnaire : __/__/____

I – QUESTIONNAIRE**2 premières lettres du nom :** |__|__|**Première lettre du prénom :** |__|Année de naissance : |__|__|__|__|
 a a a a

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune :

Q1. Actuellement vous vivez ? Seul(e) En coupleEnfant(s) : Oui Non**Q2. Avez-vous la couverture maladie universelle (CMU), la complémentaire ou l'aide médicale de l'Etat (AME : hospitalière ou totale) ?** Oui Non**Q3. Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?** Oui Non

Si oui, laquelle ? :

Q4. Recevez-vous une de ces allocations : le RMI, l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), l'Allocation Parent Isolé (API), l'Allocation Solidarité Spécifique (ASS), l'Allocation d'Insertion (AI), l'Allocation de Veuvage, le Minimum Vieillesse ou l'Allocation Supplémentaire de Vieillesse ? Oui Non**I – QUESTIONNAIRE D'ACTIVITE PHYSIQUE****Q5. Actuellement, pratiquez-vous une ou plusieurs activités physiques et/ou sportives ?** 1 Oui 2 Non**Q6. Si non, pourquoi ?**1 Je n'ai pas assez de temps3 Je n'aime pas le sport2 Ça me coûte trop cher4 Les structures sont loin de mon domicile5 L'activité ne me plaisait pas Les structures sont loin de mon domicile6 L'activité ne me plaisait pas7 Autre précisez : _____

Q7. Si oui : Merci de répondre de manière précise (1 ligne = 1 activité) :

Quel(s) sport(s) pratiquez-vous ? (exemple : tennis, course à pied, marche régulière, vélo,...)	Combien de temps par semaine en minutes	Depuis combien de temps en mois	A quelle intensité Cf Echelle de Borg De 6 à 20 (ci-après)	Dans quel cadre : (Seul, en groupe, en club)
<i>Exemple : Vélo</i>	<i>90 min</i>	<i>6 mois</i>	<i>13</i>	<i>En groupe</i>
	min	mois		
	min	mois		
	min	mois		
	min	mois		
	min	mois		

ECHELLE DE BORG :

6	Aucun effort	9 correspond à une activité « très facile ». C'est pour quelqu'un en bonne santé, marcher lentement, à son propre rythme pendant quelques minutes.	<p>*Échelle de perception de Borg</p> <p>Essayez d'apprécier votre effort le plus honnêtement possible. Votre propre perception de l'effort physique est très importante. Regardez sur l'échelle, les niveaux de perception et prenez le nombre correspondant en intensité</p>
7	Extrêmement facile		
8	Très facile		
9			
10	Facile		
11			
12	Moyennement difficile	13 correspond à une activité « Moyennement difficile », mais tout en se sentant bien pour continuer.	
13			
14	Difficile	17 correspond à une activité « Très difficile » ou intense. une personne en bonne santé peut poursuivre son effort en se stimulant. C'est dur et très fatigant.	
15			
16	Très difficile	19 correspond à une activité extrêmement difficile ou épuisante. Pour la plupart des gens, c'est l'activité la plus dure qu'ils n'aient jamais faite.	
17			
18	Extrêmement difficile ou Epuisant		
19			
20	Exténuant		

II – QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE

<i>Au cours de la semaine passée</i>	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
QLV/1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provision chargé ou une valise ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/2. Avez-vous des difficultés à faire une LONGUE promenade ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/3. Avez-vous des difficultés à faire un PETIT tour dehors ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

<i>Au cours de la semaine passée</i>	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
QLV/4. Etes-vous obligé(e) de rester au lit ou dans un fauteuil la majeure partie de la journée ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux WC ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/6. Etes-vous limité(e) d'une manière ou d'une autre pour accomplir, soit votre travail, soit vos tâches habituelles chez vous ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/7. Etes-vous totalement incapable de travailler ou d'accomplir des tâches habituelles chez vous ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/08. Avez-vous eu le souffle court ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/09. Avez-vous eu mal ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

<i>Au cours de la semaine passée</i>	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
QLV/10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/12. Vous êtes-vous senti(e) faible ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/15. Avez-vous vomi ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/16. Avez-vous été constipé(e) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

<i>Au cours de la semaine passée</i>	Pas de tout	Un peu	Assez	Beaucoup
QLV/17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/18. Etiez-vous fatigué(e) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple lire le journal ou regarder la télévision ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Si vous avez plus de 75 ans, merci de remplir ces quelques questions supplémentaires :

<i>Au cours de la semaine passée</i>	Pas de tout	Un peu	Assez	Beaucoup
QLV/31. Avez-vous eu des difficultés à monter les marches ou les escaliers ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/32. Avez-vous eu des problèmes d'articulation (ex ; raideur, douleur) ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/33. Avez-vous eu l'impression de ne pas très bien tenir sur vos jambes ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/34. Avez-vous eu besoin d'aide pour les tâches ménagères comme le nettoyage ou les courses ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/35. Vous êtes-vous senti(e) capable de parler de votre maladie avec votre famille ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/36. Avez-vous craint que votre famille ne puisse faire face à votre maladie ou votre traitement ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/37. Avez-vous été préoccupée par l'avenir de vos proches ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/38. Vous êtes-vous fait du souci pour votre santé à l'avenir ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/39. Avez-vous douté de l'avenir ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/40. Avez-vous eu peur de ce qui pourrait arriver à l'approche de la mort ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/41. Avez-vous continué à considérer la vie de manière positive ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/42. Vous êtes-vous senti(e) motivé(e) à poursuivre vos loisirs et activités habituels ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/43. A quel point votre maladie vous a-t-elle pesé ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
QLV/44. A quel point votre traitement vous a-t-il pesé ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

III – QUESTIONNAIRE TABAC

Q8. Actuellement, êtes-vous fumeur ?

1 Non

2 Oui

3 Ancien fumeur

Si, oui :

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ? _____

Depuis combien de temps ? _____

(en année(s))

Avez-vous arrêté depuis votre prise en charge APA ? 1 Non 2 Oui

IV – QUESTIONNAIRE MEDICO-ECONOMIQUE

Q10. Du point de vue de l'emploi actuellement vous êtes ?

1 A la retraite

2 Toujours en arrêt maladie

3 Au même poste dans les mêmes conditions et horaires qu'avant la maladie

4 Au même poste avec une réduction du temps de travail (mi-temps thérapeutique,..)

5 Dans un nouveau poste avec les mêmes conditions et horaires

6 Dans un nouveau poste avec des horaires adaptés et/ou réduites

7 A la recherche d'un emploi

8 Autre situation, précisez : _____

Q11. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) ?

1 Oui

2 Non

Si non, allez à la question QME/03

Q11a. Si oui,

Hospitalisation(s)	Nombre de jours	Pour quel(s) motif(s) ?
Hospitalisation 1		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 2		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 3		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 4		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 5		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 6		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 7		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 8		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 9		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif
Hospitalisation 10		1 <input type="checkbox"/> Lié à votre cancer 2 <input type="checkbox"/> Autre motif

Q12. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ou un spécialiste ?

1 Oui 2 Non

Q12a. Si oui, combien de fois

1 1 à 3 fois 3 7 à 8 fois 5 Plus de 10 fois
2 4 à 6 fois 4 9 à 10 fois

Q13b. Etait-ce ?

1 Toujours en lien avec votre cancer
2 Parfois en lien avec votre cancer ou pour un autre motif
3 Jamais en lien avec votre cancer
4 Toujours pour un autre motif

Q14. Depuis le début de votre maladie, avez-vous rencontré des difficultés financières ?

1 Oui, très souvent
2 Oui, parfois
3 Occasionnellement
4 Non, jamais

Q15. Depuis le début de votre maladie, avez-vous connu des changements dans votre vie familiale ou votre mode de vie ?

1 Oui 2 Non

QME/05a. Si oui, lesquels : _____

Merci de votre participation