

# IMAPAC



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

**Questionnaire T0**  
(à remplir avant de  
commencer le  
programme)

**Patient APA**

- Données Socio Démographiques
- Activité physique
- Qualité de vie

Lieu de pratique de l'APA : .....

**I – QUESTIONNAIRE**

Date du remplissage questionnaire : \_\_/\_\_/\_\_

2 premières lettres du nom : |\_\_|\_\_|

Première lettre du prénom : |\_\_|

Année de naissance : |\_a|\_a|\_a|\_a|

Adresse : .....

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune : .....

Etablissement de Santé : .....

Nom du médecin prescripteur : .....

Date du diagnostic : /\_\_/\_/\_\_\_\_  
mm / aaaa

1<sup>er</sup> cancer

Récidive

.2d cancer

Cancer Métastatique

Date de début du 1<sup>er</sup> traitement : /\_\_/\_/\_\_\_\_ Date de fin du dernier traitement : /\_\_/\_/\_\_\_\_  
mm / aaaa (Ne pas remplir si en cours) mm / aaaa

**Comment avez-vous entendu parler d'IMAPAC :**

- 1  Presse, Radio, Internet
- 2  Espace Renseignement Information de l'établissement de soin
- 3  Information délivrée par un professionnel de santé
- 4  Prescription médicale
- 5  Autres : .....

**Protection des données :**

Les informations portées sur ce formulaire sont facultatives. Elles seront anonymisées et feront l'objet d'un traitement informatisé destiné à l'évaluation du dispositif IMAPAC. Les destinataires des données sont le réseau régional de cancérologie, et les instances partenaires du dispositif.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à : [reseau@onconormandie.fr](mailto:reseau@onconormandie.fr)

Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant à tout moment.

J'autorise le réseau régional de cancérologie à utiliser mes données dans le cadre l'évaluation du dispositif IMAPAC.

Signature :

**II – QUESTIONNAIRE SOCIO DEMOGRAPHIQUE**

**Q1. De quel sexe êtes-vous ?**       Masculin     Féminin

**Q2. Actuellement vous vivez ?**     Seul(e)     En couple    **Enfant(s) :**  Oui     Non

**Q3. Avez-vous la couverture maladie universelle (CMU), la complémentaire ou l'aide médicale de l'Etat (AME : hospitalière ou totale) ?**     Oui     Non

**Q4. Avez-vous une mutuelle santé ou une assurance maladie complémentaire ?**

Oui     Non      Si oui, laquelle ? : .....

**Q4.bis. Etes-vous affilié à AG2R La mondiale (Caisse retraite, Assurance..) ?**  Oui     Non

**Q5. 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

**Q6. Quel est votre diplôme le plus élevé ?**

1  Aucun diplôme

2  BEPC

3  CAP/BEP

4  BAC ou Brevet professionnel

5  BAC+2 ou supérieur

**Q7. 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))

**Si ancien fumeur :**

Combien de cigarettes fumiez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Pendant combien de temps ? \_\_\_\_\_ (en année(s))

**II – QUESTIONNAIRE EMPLOI**

**Q8. Avant le diagnostic, du point de vue de l'emploi, vous étiez ?**

1  Actif occupant un emploi

Salarié(e)     Indépendant(e) ou à votre compte

2  Actif à la recherche d'un emploi

3  Retraité ou préretraité

4  En étude

5  En apprentissage ou en formation pour adultes

6  Femme ou homme au foyer

7  Autre situation

**Q9. Quelle est ou était la dernière profession exercée ? \_\_\_\_\_**

**Q10. Etes-vous à la recherche d'un emploi depuis plus de 6 mois ou d'un 1er emploi ?**

Oui  Non

**Q11. Etes-vous ou avez-vous été en arrêt de travail ?**

1  Oui

2  Non

3 Date début : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ; Date fin : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Q12. Avez-vous repris une activité professionnelle ?**

1  Oui

2  Non

Si oui, date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **IV – QUESTIONNAIRE MALADIE et TRAITEMENTS**

**Q13. Quel est la localisation de votre cancer ?**

1  Sein 2  Prostate 3  Colorectal 4  Poumon 5  Hématologique

6  Métastatique 7  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

**Q14. Parmi les traitements suivants, lesquels suivez-vous ou avez-vous suivis pour votre cancer ? (plusieurs réponses possibles)**

1  Intervention chirurgicale

3  Radiothérapie

2  Chimiothérapie

4  Hormonothérapie

5  Autre traitement

**Q15. Souffrez-vous d'autre(s) pathologie(s) chronique(s)?**

1  Oui, précisez : \_\_\_\_\_

2  Non

## V – QUESTIONNAIRE D'ACTIVITE PHYSIQUE

**Q16. Avant que votre maladie se déclare, pratiquiez-vous une ou plusieurs activités physiques et/ou sportives ?** 1  Oui      2  Non

**Q17. Si non, pourquoi ?**

- 1  Je n'avais pas assez de temps      3  Je n'aimais pas le sport  
 2  Ça me coûtait trop cher      4  Les structures étaient loin de mon domicile  
 5  Autre précisez : \_\_\_\_\_

**Q18. Si oui :** Merci de répondre de manière précise (1 ligne = 1 activité) :

Quel(s) sport(s) pratiquiez-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-dessous)	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.	*Échelle de perception de Borg 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
7	Extrêmement facile		
8			
9	Très facile	13 correspond à une activité « Moyennement difficile », mais tout en se sentant bien pour continuer.	
10			
11	Facile	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.	
12			
13	Moyennement 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.	
14			
15	Difficile		
16			
17	Très difficile		
18			
19	Extrêmement difficile ou Epuisant		
20	Exténuant		

**Q19. Depuis votre diagnostic, avez-vous pratiqué une ou plusieurs activités physiques et/ou sportives ?** 1  Oui 2  Non

**Q20. Si non, pourquoi ?**

- 1  Je n'ai pas assez de temps  
 2  Ça me coûte trop cher  
 3  Mes problèmes de santé s'accroissent  
 4  Je n'aime pas le sport  
 5  Les structures sont loin de mon domicile  
 6  Autres précisez : \_\_\_\_\_

**Q21. 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 d'heures par semaine	Depuis combien de temps	A quelle intensité Cf Echelle de Borg De 6 à 20	Dans quel cadre : (Seul, en groupe, en club)
	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.	*Échelle de perception de Borg 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
7	Extrêmement facile		
8			
9	Très facile	13 correspond à une activité « Moyennement difficile », mais tout en se sentant bien pour continuer.	
10			
11	Facile	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.	
12			
13	Moyennement difficile		
14			
15	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.	
16			
17	Très difficile		
18			
19	Extrêmement difficile ou Epuisant		
20	Exténuant		

### III – QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE

<i>Au cours de la semaine passée</i>	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
QLV/01. 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/02. 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/03. 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"/>
QLV/04. 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/05. 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/06. 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/07. 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"/>

<i>Au cours de la semaine passée</i>	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
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"/>
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"/>





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"/>

Merci de votre participation