

Madame, Monsieur,

En vue de notre 5ème rencontre EPO « Poliomyélite d’hier et complications d’aujourd’hui » qui aura lieu le Jeudi 1^{er} Juin 2017, nous vous remercions par avance de bien vouloir nous retourner ce questionnaire en même temps que votre coupon réponse à l’invitation ou par mail à : chargeedemissions.apf35@outlook.fr

Les résultats de ce questionnaire nous permettrons de préparer la seconde intervention de la matinée avec une monitrice « Activités Physiques Adaptées » du service de Médecine Physique et de Réadaptation du CHU de Rennes. Bien évidemment, vos résultats seront rendus anonymes.

Ce questionnaire a déjà été utilisé par ce service MPR pour d’autres études et permet d’apprécier vos activités physiques et de loisirs ainsi que leurs éventuels impacts sur votre qualité de vie.

Nous vous remercions par avance du temps que vous accorderez à ces quelques questions.

Cécile Cottebrune Desbats, Monique Berlan, Daniel Morin

1. Score de Dijon

Vous considérez-vous comme :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très actif et de caractère sportif | <input type="checkbox"/> Plutôt peu actif physiquement |
| <input type="checkbox"/> Moyennement actif physiquement | <input type="checkbox"/> Franchement sédentaire |

Considérez-vous que vos activités quotidiennes (sociales et/ou professionnelles : déplacements, manutentions, bricolage, courses, ménage, vaisselle, repassage...) correspondent à une sollicitation physique :

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Intense | <input type="checkbox"/> Modérée |
| <input type="checkbox"/> Moyenne | <input type="checkbox"/> Véritable |

Vos activités quotidiennes vous prennent environ :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 heures par semaine | <input type="checkbox"/> Moins de 2h par semaine |
| <input type="checkbox"/> Entre 6 et 10h par semaine | <input type="checkbox"/> Aucun temps consacré par semaine |
| <input type="checkbox"/> Entre 2 et 6h par semaine | |

L'activité sportive ou de loisir que vous exercez est :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> De force intensité : fatigue musculaire importante | <input type="checkbox"/> Vous n'en n'exercez pas |
| <input type="checkbox"/> D'intensité modérée : fatigue musculaire modérée | |
| <input type="checkbox"/> D'intensité légère : sans fatigue musculaire | |

Vous avez l'habitude de pratique cette/ces activité(s) (sport, loisir) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Quotidiennement | <input type="checkbox"/> De façon irrégulière |
| <input type="checkbox"/> 3 à 6 fois par semaine | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> 1 à 2 fois par semaine | |

La durée moyenne de vos séances d'activité physique (sport, loisir) :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 60 minutes et plus | <input type="checkbox"/> Moins de 15 minutes |
| <input type="checkbox"/> 30 à 60 minutes | <input type="checkbox"/> Aucune activité |
| <input type="checkbox"/> 15 à 30 minutes | |

Combien de mois par an exercez-vous cette/ces activité(s) (sport, loisirs) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plus de 9 mois | <input type="checkbox"/> Moins de 4 mois |
| <input type="checkbox"/> Entre 4 et 9 mois | <input type="checkbox"/> Jamais |

L'activité physique (sport, loisir) entraîne-t-elle habituellement chez vous :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> une fatigue importante et/ou un essoufflement important | <input type="checkbox"/> une fatigue et un essoufflement modérés |
| | <input type="checkbox"/> pas de sensation de fatigue et d'essoufflement |

Vous restez au repos (sommeil, sieste ou repos éveillé) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 12h par jour | <input type="checkbox"/> Entre 16 et 20h par jour |
| <input type="checkbox"/> Entre 12 et 16h par jour | <input type="checkbox"/> Plus de 20h |

2. Qualité de vie : questionnaire généraliste SF12

Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Bonne | <input type="checkbox"/> Mauvaise |
| <input type="checkbox"/> Très bonne | <input type="checkbox"/> Médiocre | |

En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- Des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules...)
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup limité | <input type="checkbox"/> Oui, un peu limité | <input type="checkbox"/> Non, pas du tout limité |
|---|---|--|
- Monter plusieurs étages par l'escalier
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oui, beaucoup limité | <input type="checkbox"/> Oui, un peu limité | <input type="checkbox"/> Non, pas du tout limité |
|---|---|--|

Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état physique :

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité
- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Parfois | |
- Avez-vous été limité pour faire certaines choses :
- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Parfois | |

Au cours de ces 4 dernières semaines et en raison de votre état émotionnel (comme triste, nerveux, déprimé) :

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité
- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Parfois | |
- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire, avec autant de soin et d'attentions que d'habitude :
- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Parfois | |

Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques :

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement | <input type="checkbox"/> Enormément |
| <input type="checkbox"/> Un petit peu | <input type="checkbox"/> Beaucoup | |

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances :

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toujours | <input type="checkbox"/> Souvent | <input type="checkbox"/> Jamais |
| <input type="checkbox"/> La plupart du temps | <input type="checkbox"/> Parfois | |

Pensez-vous que votre médecin référent et/ou les soignants sont « conscients » du niveau d'altération de vos qualité de vie :

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | <input type="checkbox"/> Moyennement |
| <input type="checkbox"/> Un peu | <input type="checkbox"/> Totalemment |

Vous sentez-vous déprimé :

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

3. Déplacements et autonomie

Pouvez-vous marcher :

- Oui Non

Pour votre mode de déplacement principal, vous utilisez :

- Aucun appareil Un fauteuil roulant manuel Une ou deux canne(s)
 Un déambulateur Un fauteuil roulant motorisé

Pour vos déplacements dans votre domicile, vous utilisez :

- Aucun appareil Un fauteuil roulant manuel Une ou deux canne(s)
 Un déambulateur Un fauteuil roulant motorisé

Pour vos déplacements en extérieur, vous utilisez :

- Aucun appareil Un fauteuil roulant manuel Une ou deux canne(s)
 Un déambulateur Un fauteuil roulant motorisé Un véhicule adapté

Avez-vous des aides régulières à domicile :

- Oui Non
➤ **Si oui :**
 Aide ménagère Infirmier (e) / aide soignant Personne de votre famille
 Auxiliaire de vie

Avez-vous des aides financières (PCH...) :

- Oui Non

Score de FAC :

- Classe 0 (ne peut marcher ou a besoin de l'aide de plus d'une personne)
 Classe 1 (peut marcher avec l'aider permanente d'une personne)
 Classe 2 (peut marcher avec l'aide intermittente d'une personne)
 Classe 3 (peut marcher avec l'aide d'un soutien verbal sans contact physique)
 Classe 4 (peut marcher seul sur surface plane mais le passage des escaliers est impossible)
 Classe 5 (peut marcher seul sur surface plane, le passage des escaliers est possible avec l'aide d'une tierce personne par contact physique ou simple surveillance)
 Classe 6 (peut marcher seul sur surface plane, le passage des escaliers est possible en utilisant une rampe ou une canne, sans aide et/ou surveillance de la part d'une tierce personne)
 Classe 7 (peut marcher seul sur surface plane, le passage des escaliers est possible seul mais anormalement (plus lent, avec boiterie), sans aide et/ou surveillance de quelqu'un, ni appui externe)
 Classe 8 (peut marcher seul sur surface plane et franchit seul les escaliers de façon normale sans se servir de la rampe ou d'une canne avec passage des marches normalement)

Sexe :

- Masculin Féminin

Date de naissance :

Age :

Poids :

Taille :

Pathologie principale :