**QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE: SF-12**

 Pre-treatment  Post-treatment

FAMILY NAME:

First name:

DATE:

The “Medical Outcome Study Short Form 12” (MOS SF-12) or “Short Form 12” (SF-12) is a scale for self-evaluating quality of life. It is a shortened version of the SF-36. The following questions are about your health, as you perceive it. If you don’t really know how to respond, choose the closest answer to your own situation.

1. On the whole, do you think your health is:

 1 Excellent  2 Very good  3 Good  4 Mediocre  5 Bad

1. In terms of your current state of health, are you limited when it comes to:

moderate physical exercise (moving a table, vacuuming, playing boules etc.)?

 1 Yes, very limited  2 Yes, a bit limited  3 No, not at all limited

climbing the stairs for several floors?

 1 Yes, very limited  2 Yes, a bit limited  3 No, not at all limited

1. During the past 4 weeks, and in terms of your physical state:

have you achieved fewer things than you would have liked?

 1 Always  2 Most of the time  3 Often  4 Sometimes  5 Never

have you been limited in doing certain things?

 1 Always  2 Most of the time  3 Often  4 Sometimes  5 Never

1. During the past 4 weeks, and in terms of your emotional state (like feeling sad, nervous, or depressed):

have you achieved fewer things than you would have liked?

 1 Always  2 Most of the time  3 Often  4 Sometimes  5 Never

have you found it difficult to do things with as much care and attention as usual?

 1 Always  2 Most of the time  3 Often  4 Sometimes  5 Never

1. During the past 4 weeks, to what extent has your physical pain limited you in your work or your activities at home?

 1 Not at all  2 A little bit  3 Moderately  4 A lot  5 A huge amount

1. The following questions are about how you have felt over the last 4 weeks. For each question, give the answer which seems to you to be the most appropriate.

have there been times when you have felt calm and relaxed?

 1 Always  2 Most of the time  3 Often  4 Sometimes  5 Never

have there been times when you have felt bursting with energy?

 1 Always  2 Most of the time  3 Often  4 Sometimes  5 Never

have there been times when you have felt sad and defeated?

 1 Always  2 Most of the time  3 Often  4 Sometimes  5 Never

1. Over the last 4 weeks, have there been times when your physical or emotional state of health has had a negative effect on your social life and your relationships with others, such as your family, friends and acquaintances?

 1 Always  2 Most of the time  3 Often  4 Sometimes  5 Never

**QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE : SF-12**

 Pré traitement  Post traitement

NOM :

Prénom :

DATE :

Le « Medical Outcome Study Short Form 12 » (MOS SF-12) ou «Short Form 12 » (SF-12) est une échelle d’auto-évaluation de la qualité de vie qui constitue une version raccourcie du SF-36. Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l’ensemble, pensez-vous que votre santé est :

 1 Excellente  2 Très bonne  3 Bonne  4 Médiocre  5 Mauvaise

1. 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…) ?

 1 Oui, beaucoup limité  2 Oui, un peu limité  3 Non, pas du tout limité

monter plusieurs étages par l’escalier ?

 1 Oui, beaucoup limité  2 Oui, un peu limité  3 Non, pas du tout limité

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

avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

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

avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité ?

 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d’attention que d’habitude ?

 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

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

 1 Pas du tout  2 Un petit peu  3 Moyennement  4 Beaucoup  5 Enormément

1. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d’énergie ?

 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

y a t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais

1. 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 ?

 1 Toujours  2 La plupart du temps  3 Souvent  4 Parfois  5 Jamais