

1. Comment trouvez-vous votre qualité de vie ?

- Très mauvaise Mauvaise Ni bonne, ni mauvaise Bonne Très bonne

2. Êtes-vous satisfait de votre santé ?

- Pas du tout satisfait Pas satisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

3. La douleur (physique) vous empêche-t-elle de faire ce que vous avez à faire ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Complètement

4. Un traitement médical vous est-il nécessaire pour faire face à la vie de tous les jours ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Complètement

5. Trouvez-vous la vie agréable ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Complètement

6. Vos croyances personnelles donnent-elles un sens à votre vie ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Complètement

7. Êtes-vous capable de vous concentrer ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Tout à fait

8. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de tous les jours ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Tout à fait

9. Votre environnement est-il sain (pollution, bruit, salubrité, etc.) ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Tout à fait

10. Avez-vous assez d'énergie dans la vie de tous les jours ?

- Pas du tout Un peu Modérément Suffisamment Tout à fait

11. Acceptez-vous votre apparence physique ?

- Pas du tout Un peu Modérément Suffisamment Tout à fait

12. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?

- Pas du tout Un peu Modérément Suffisamment Tout à fait

13. Avez-vous le sentiment d'être assez informé pour faire face à la vie de tous les jours ?

- Pas du tout Un peu Modérément Suffisamment Tout à fait

14. Avez-vous la possibilité d'avoir des activités de loisirs ?

- Pas du tout Un peu Modérément Suffisamment Tout à fait

15. Comment trouvez-vous votre capacité à vous déplacer seul ?

- Très mauvaise Mauvaise Ni bonne, ni mauvaise Bonne Très bonne

16. Êtes-vous satisfait de votre sommeil ?

- Très insatisfait Insatisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

17. Êtes-vous satisfait de votre capacité à accomplir vos activités quotidiennes ?

- Très insatisfait Insatisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

18. Êtes-vous satisfait de votre capacité à travailler ?

- Très insatisfait Insatisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

19. Avez-vous une bonne opinion de vous-même ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

20. Êtes-vous satisfait de vos relations personnelles ?

- Pas du tout satisfait Pas satisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

21. Êtes-vous satisfait de votre vie sexuelle ?

- Pas du tout satisfait Pas satisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

22. Êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez de vos amis ?

- Pas du tout satisfait Pas satisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

23. Êtes-vous satisfait de l'endroit où vous vivez ?

- Pas du tout satisfait Pas satisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

24. Avez-vous facilement accès aux soins dont vous avez besoin ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Tout à fait

25. Êtes-vous satisfait de vos moyens de transport ?

- Pas du tout satisfait Pas satisfait Ni satisfait ni insatisfait Satisfait Très satisfait

26. Éprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?

- Jamais Parfois Souvent Très souvent Toujours