



**Evaluation de la Qualité de Vie - ENDOMETRIOSE**

NOM

Sce de gynécologie - Clinique Mutualiste La Sagesse - Juin 2009

Prénom

( Health Profil 5 - EPH 5 )

Date

**Au cours des quatres dernières semaines combien de fois, du fait de votre endométriose....**

Jamais	rarement	Parfois	Souvent	Toujours
0	25	50	75	100

- 1 - Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à causes des douleurs?
- 2 - Avez-vous eu l'impression que vos symptomes réglaiet votre vie?
- 3 - Avez-vous eu des changements d'humeur?
- 4 - Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez?
- 5 - Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changée?
- 6 - Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs?
- 7 - Avez-vous trouver difficile de vous occuper de votre ( vos ) enfants?
- 8 - Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports à cause de la douleur?
- 9 - Avez-vous eu le sentiment que des médecins pensaient que c'était dans votre tête?
- 10 - Avez-vous été déçu parce que le traitement ne marchait pas?
- 11 - Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfants ou d'autres enfants?