Merci de remplir ce questionnaire

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Le fait de regarder en l’air aggrave-t-il votre problème ? | Oui | Parfois | Non |
| 2 | À cause de votre problème, vous sentez-vous frustré(e) ? | Oui | Parfois | Non |
| 3 | À cause de votre problème, limitez-vous les déplacements que vous effectuez pour votre travail ou vos loisirs ? | Oui | Parfois | Non |
| 4 | Le fait de parcourir les allées d’un supermarché aggrave-t-il votre problème ? | Oui | Parfois | Non |
| 5 | À cause de votre problème, éprouvez-vous des difficultés à vous coucher ou à vous lever de votre lit ? | Oui | Parfois | Non |
| 6 | Votre problème vous oblige-t-il à limiter vos activités sociales, telles que sortir dîner, aller au cinéma ou danser, aller à des réceptions ? | Oui | Parfois | Non |
| 7 | À cause de votre problème, éprouvez-vous des difficultés à lire ? | Oui | Parfois | Non |
| 8 | Le fait de pratiquer une activité plus difficile comme un sport, la danse ou des tâches ménagères telles que balayer ou ranger des assiettes aggrave-t-il votre problème ? | Oui | Parfois | Non |
| 9 | À cause de votre problème, avez-vous peur de sortir de chez vous sans être accompagné(e) ? | Oui | Parfois | Non |
| 10 | À cause de votre problème, vous est-il arrivé d’être mal à l’aise en public ? | Oui | Parfois | Non |
| 11 | Votre problème s’aggrave-t-il lorsque vous bougez la tête ? | Oui | Parfois | Non |
| 12 | À cause de votre problème, évitez-vous les hauteurs ? | Oui | Parfois | Non |
| 13 | Le fait de vous retourner lorsque vous êtes couché(e) aggrave-t-il votre problème ? | Oui | Parfois | Non |
| 14 | À cause de votre problème, vous est-il difficile de réaliser des tâches demandant un effort dans la maison ou le jardin ? | Oui | Parfois | Non |
| 15 | À cause de votre problème, craignez-vous que les gens pensent que vous êtes ivre ? | Oui | Parfois | Non |
| 16 | À cause de votre problème, vous est-il difficile d’aller vous promener seul(e) ? | Oui | Parfois | Non |
| 17 | Le fait de marcher aggrave-t-il votre problème ? | Oui | Parfois | Non |
| 18 | Avez-vous du mal à vous concentrer à cause de votre problème ? | Oui | Parfois | Non |
| 19 | À cause de votre problème, avez-vous du mal à vous déplacer dans l’obscurité chez vous ? | Oui | Parfois | Non |
| 20 | À cause de votre problème, craignez-vous de rester seul(e) chez vous ? | Oui | Parfois | Non |
| 21 | À cause de votre problème, vous sentez-vous handicapé(e) ? | Oui | Parfois | Non |
| 22 | Votre problème crée-t-il des tensions entre vous et les membres de votre famille ou vos amis ? | Oui | Parfois | Non |
| 23 | À cause de votre problème, êtes-vous déprimé(e) ? | Oui | Parfois | Non |
| 24 | Votre problème vous gêne-t-il dans votre travail ou vos activités domestiques (ménage, bricolage, jardinage) ? | Oui | Parfois | Non |
| 25 | Le fait de vous pencher en avant aggrave-t-il votre problème ? | Oui | Parfois | Non |