



EORTC QLQ - H&N35

Les patients rapportent parfois les symptômes ou problèmes suivants. Pourriez-vous indiquer, s'il vous plaît, si, durant la semaine passée, vous avez été affecté(e) par l'un de ces symptômes ou problèmes. Entourez, s'il vous plaît, le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

| Au cours de la semaine passée: | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|---|------------------------|---------------|--------------|-----------------|
| 31. Avez-vous eu mal dans la bouche? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Avez-vous eu mal à la mâchoire? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Avez-vous eu des douleurs dans la bouche? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Avez-vous eu mal à la gorge? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Avez-vous eu des problèmes en avalant des liquides? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Avez-vous eu des problèmes en avalant des aliments écrasés? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Avez-vous eu des problèmes en avalant des aliments solides? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Vous êtes-vous étouffé(e) en avalant? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Avez-vous eu des problèmes de dents? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Avez-vous eu des problèmes à ouvrir largement la bouche? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Avez-vous eu la bouche sèche? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Avez-vous eu une salive collante? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Avez-vous eu des problèmes d'odorat? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Avez-vous eu des problèmes de goût? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Avez-vous toussé?. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Avez-vous été enroué(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Vous êtes-vous senti(e) mal? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Votre apparence vous a-t-elle préoccupé(e)? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Passez à la page suivante S.V.P.

Au cours de la semaine passée:

| | Pas du tout | Un peu | Assez | Beaucoup |
|---|------------------------|---------------|--------------|-----------------|
| 49. Avez-vous eu des difficultés à manger? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Avez-vous eu des difficultés à manger devant votre famille? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Avez-vous eu des difficultés à manger devant d'autres personnes? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Avez-vous eu des difficultés à prendre plaisir aux repas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Avez-vous eu des difficultés à parler à d'autres personnes? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Avez-vous eu des difficultés à parler au téléphone? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact social avec votre famille? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact social avec vos amis? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Avez-vous eu des difficultés à sortir en public? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Avez-vous eu des difficultés à avoir un contact physique avec votre famille ou vos amis | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Avez-vous éprouvé moins d'intérêt aux relations sexuelles? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Avez-vous éprouvé moins de plaisir sexuel? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Au cours de la semaine passée:

| | Non | Oui |
|--|------------|------------|
| 61. Avez-vous pris des anti-douleurs? | 1 | 2 |
| 62. Avez-vous pris des suppléments nutritionnels (à l'exclusion de vitamines)? | 1 | 2 |
| 63. Avez-vous utilisé une sonde d'alimentation? | 1 | 2 |
| 64. Avez-vous perdu du poids? | 1 | 2 |
| 65. Avez-vous pris du poids? | 1 | 2 |