



Questionnaire de Qualité de Vie

(à l'entrée à MC44)

Date :

Nom :

Prénom :

1- Dans l'ensemble, diriez-vous que votre état de santé est :

Très bon	Bon	Moyen	Mauvais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Votre santé vous empêche-t-elle de réaliser vos projets ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- Votre santé vous empêche-t-elle de réaliser vos activités quotidiennes ou une activité physique (marche, courses, montée d'étage) ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4- Le diabète vous gêne-t-il :

a- dans votre vie sociale ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b-dans votre vie familiale ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5- Diriez-vous que le diabète vous stresse, vous décourage ou vous déprime ?

Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>