

SANUT : SPONDYLOARTHRISES ET NUTRITION

Bonjour,

Nous vous proposons de participer à une enquête coordonnée par le Pr pascale Vergne-Salle et le Dr Anne Catherine Fressinaud-Marie du service de Rhumatologie du CHU Limoges.

Il s'agit d'une étude des troubles du fonctionnement du système digestif dans les spondyloarthrites. Les objectifs sont de dégager un profil nutritionnel associé à une activité plus importante des spondyloarthrites, un(des) profil(s) nutritionnel(s) associé(s) à la qualité de vie des patients atteints de spondyloarthrite et d'observer un profil nutritionnel associé à la présence de symptômes digestifs.

Vous pouvez compléter ce questionnaire si vous remplissez les conditions ci-dessous :

- vous êtes majeur
- vous souffrez d'une spondyloarthrite axiale ou périphérique
- vous ne souffrez pas de maladie inflammatoire de l'intestin** (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique)
- vous n'avez pas d'antécédent de chirurgie de l'obésité (anneau gastrique, bypass, etc...).
- Vous n'avez pas déjà complété ce questionnaire
- Vous avez lu et compris les informations ci-dessus et vous souhaitez participer à cette enquête**

Date de remplissage du questionnaire : |_|_| |_|_| |_|_|

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir ce questionnaire, nous vous proposons l'aide d'un médecin ou d'un attaché de recherche clinique.

Pour que nous puissions vous joindre par téléphone merci de noter vos coordonnées ci-dessous :

Nom : _____		Prénom : _____		<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
N° de téléphone :		Jours et horaire de la semaine où nous pouvons vous appeler :			

Merci de retourner le questionnaire complété à l'adresse ci-dessous :

CHU Limoges
Service de Rhumatologie – SANUT
2 avenue Martin Luther King
87000 LIMOGES

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Nom : _____ Prénom : _____

Homme Femme Âge : |__|__|__|ans

Quelle est votre situation professionnelle :

- En activité (Employé, Chef d'entreprise, Artisan, étudiant...)
- En arrêt maladie, invalidité, congé longue maladie
- Inactif (sans profession, femme au foyer...)
- Retraité

VOTRE SPONDYLOARTHRITE « SPA »

Connaissez-vous le nom précis de votre maladie ? Merci de cocher la case correspondante

- SpA axiale radiographique SpA axiale non radiographique
- SpA périphérique Rhumatisme psoriasique
- Ne sais pas Autres, merci de préciser : _____

Depuis combien d'années souffrez-vous de spondyloarthrite ? |__|__|,|__|ans

Savez-vous si vous êtes HLAB27 : Positif Négatif Ne sais pas

Merci de nous indiquer **votre degré global d'activité de la maladie** en traçant un trait vertical sur la réglette ci-dessous :

Pas de manifestation de la maladie |-----| Maladie très active

En vous reportant sur votre dernier bilan sanguin quel est le résultat de la CRP (Protéine C réactive) ?

Date du bilan : |__|__| |__|__| |__|__|

CRP (Protéine C réactive) |__|__|,|__|__| mg/l

DONNEES GENERALES

Taille : |__|__|__| cm Poids : |__|__|__| kg Tour de taille : |__|__|__|,|__| cm
(au niveau du nombril)

Quelle est votre statut tabagique ?

Je n'ai jamais fumé Je suis un ancien fumeur Je fume environ _____ cigarettes/ jour

Prenez-vous des compléments alimentaires ? Non Oui

Prenez-vous un complément en vitamine D ? Non Oui, merci de préciser :

Quotidienne mensuelle bimensuelle trimestrielle annuelle

- Suivez-vous un régime particulier :** Non Oui, un régime diabétique
 Oui, un régime pauvre en graisses Oui, un régime sans gluten
 Oui, un autre régime, merci de préciser lequel :

Avez-vous eu un changement de régime alimentaire récent ? Non Oui

Si oui, de quelle nature et depuis combien de temps ?

VOS MEDICAMENTS

Merci de cocher les cases correspondantes et de souligner les médicaments que vous prenez :

- Anti-inflammatoire* : Ibuprofène, Kétoprofène, Naproxène, Piroxicam, Diclofénac, Célécoxib...
- Corticoïdes* : Cortancyl (Prednisone), Solupred (Prednisolone).
- Médicament contre le cholestérol* : Atorvastatine, Fluvastatine, Pravastatine, Rosuvastatine, Simvastatine, Fenofibrate.
- Médicament contre le diabète* : Insuline, Metformine, Glibenclamide, Glicazide, Glimépiride, Repaglinide, ...glitazone, ...gliptine, Byetta, Byduréon (Exenetide), Victoza (Livaglutide).
- Méthotrexate, Sulfasalazine
- Biothérapies* : Remicade, Enbrel, Cimzia, Humira, Simponi, Benepali, Inflectra, Remsina
- Autres biothérapies* : Cosentyx ou Stélara
- Autres médicaments (préciser) :

QUESTIONNAIRE DES SYMPTOMES DIGESTIFS

		Toujours	La plupart du temps	Quelques fois	Rarement	Jamais
1)	Etes-vous constipé ou avez-vous des selles dures ?					
2)	Avez-vous une diarrhée ou des selles fréquentes ?					
3)	Avez-vous des douleurs de l'estomac ?					
4)	Avez-vous un reflux gastro-œsophagien ou un pyrosis ?					
5)	Avez-vous des douleurs abdominales ?					
6)	Avez-vous des ballonnements ?					

AUTO-QUESTIONNAIRE BASDAI

Pour chacune des questions, merci de marquer d'un trait la réponse qui correspond le mieux à votre état.

1. Où situez-vous votre degré global de fatigue ?

Absent |-----| Extrême

2. Où situez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?

Absent |-----| Extrême

3. Où situez-vous votre degré de gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

Absent |-----| Extrême

4. Où situez-vous votre degré de gêne pour les zones sensibles au toucher ou à la pression ?

Absent |-----| Extrême

5. Où situez-vous votre degré de raideur matinale depuis votre réveil ?

Absent |-----| Extrême

6. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?

0 heure |-----| 1 heure |-----| 2 heures ou plus

ENQUETE ALIMENTAIRE

Merci de nous indiquer vos consommations alimentaires habituelles en entourant les lettres correspondant aux propositions

Viande/poisson/charcuterie/œuf											
1	Charcuteries (pâtés, saucissons, jambon secs), knackies	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c	2 fois par semaine	d	1 fois par semaine	e	non consommé
2	Volailles, lapins, gibier	a	1 fois par semaine	b	2 à 3 fois par semaine	c	plus souvent	d	1 à 3 fois par mois ou moins souvent		
3	Autres viandes	a	1 fois par semaine	b	2 à 3 fois par semaine	c	plus souvent	d	1 à 3 fois par mois ou moins souvent		
4	Foie, boudin, abats	a	1 fois par semaine	b	2 à 3 fois par semaine	c	plus souvent	d	1 à 3 fois par mois ou moins souvent		
5	Poisson frais ou congelé, thon en conserve	a	1 fois par semaine	b	2 fois par semaine	c	3 fois ou plus par semaine	d	1 à 3 fois par mois	e	non consommé
6	Poisson gras : sardines, maquereaux, harengs, anchois, haddock (frais ou en conserves)	a	1 fois par semaine	b	2 fois par semaine	c	3 fois ou plus par semaine	d	1 à 3 fois par mois	e	non consommé
7	Saumon frais, congelé ou fumé	a	1 fois par semaine	b	2 fois par semaine	c	3 fois ou plus par semaine	d	1 à 3 fois par mois	e	non consommé
8	Œufs au plat, omelette, coque	a	1 fois par semaine	b	2 fois par semaine	c	3 fois ou plus par semaine	d	1 à 3 fois par mois	e	non consommé
9	Œufs oméga 3 : poules nourries aux graines de lin, ou œufs de la filière bleu blanc cœur	a	1 fois par semaine	b	2 fois par semaine	c	3 fois ou plus par semaine	d	1 à 3 fois par mois	e	non consommé
10	Œufs dans des gâteaux, quiches, tartes maison	a	1 fois par semaine	b	2 fois par semaine	c	3 fois ou plus par semaine	d	1 à 3 fois par mois	e	non consommé

Beurre/huile/produits laitiers ou autres											
11	Beurre	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	non consommé		
12	Margarine	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	non consommé		
13	Huile assaisonnement	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	non consommé		
14	Quelles huiles utilisez-vous habituellement?										
15	Gruyère râpé	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	non consommé		

16	Crème	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	non consommé		
17	Fromage	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu ou non consommé		
18	Fromage blanc	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu ou non consommé		
19	Yaourt nature	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu ou non consommé		
20	Préparation à base de laits végétaux non sucrés	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu ou non consommé		
21	Yaourt aux fruits, crème dessert, flan, pâtisserie à la crème, crème glacée, préparation à base de laits végétaux sucrés	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	moins souvent		
22	Lait de vache ou autres laits animaux	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu ou non consommé		
23	Laits végétaux	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu ou non consommé		
24	Tofu	a	1 fois par semaine	b	2 fois par semaine	c	3 fois ou plus par semaine	d	1 à 3 fois par mois	e	non consommé

Fruits/légumes

25	Fruits crus	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu consommé		
26	Fruits cuits ou compotes	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	1 fois par semaine	e	peu consommé
27	Fruits secs (figes, dattes, pruneaux) et graines (noix, noisettes, amandes, pistaches, cajou...)	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par semaine	c	peu consommé				
28	Légumes crus : avocat, carottes râpées, radis, concombre, tomate, choux crus, betterave rouge, salade, endive, mâche, céleri ou autres crudités	a	1 à 2 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c	1 à 2 fois par semaine	d	peu consommé		

Fruits/légumes suite

29	Légumes cuits (ne pas compter les pommes de terre, le riz et les légumes secs)	a	Midi et soir	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	1 fois par semaine	e	peu consommé
30	Légumes anciens : topinambours, panais, artichauts, asperges, rutabagas, salsifis, céleris...	a	1 fois par jour	b	1 à plusieurs fois par semaine	c	peu ou non consommé				
31	Habituellement mangez-vous :	a	de 1 à 4 variétés de légumes par semaine			c	plus de 5 variétés de légumes par semaine				

Féculeux/céréales/légumineuses											
32	Riz blanc	a	1 fois par jour	b	2 à 4 fois par semaine	c	1 fois par semaine	d	peu consommé	e	non consommé
33	Riz semi complet ou complet	a	1 fois par jour	b	2 à 4 fois par semaine	c	1 fois par semaine	d	peu consommé	e	non consommé
34	Pâtes blanches raffinées	a	1 fois par jour	b	2 à 4 fois par semaine	c	1 fois par semaine	d	peu consommé	e	non consommé
35	Pâtes semi complètes ou complètes	a	1 fois par jour	b	2 à 4 fois par semaine	c	1 fois par semaine	d	peu consommé	e	non consommé
36	Autres céréales ou autres féculents : <input type="checkbox"/> quinoa, <input type="checkbox"/> millet, <input type="checkbox"/> châtaigne, <input type="checkbox"/> soja, <input type="checkbox"/> tapioca, <input type="checkbox"/> sarrasin, <input type="checkbox"/> flocons d'avoine	a	1 fois par semaine	b	2 à 3 fois par semaine	c	peu consommé	d	non consommé		
37	Pommes de terre	a	1 fois par semaine	b	2 à 3 fois par semaine	c	peu consommé	d	non consommé		
38	Légumineuses : lentilles, pois chiche, pois cassé, haricots rouges, haricots secs, coco...	a	1 fois par semaine	b	2 à 3 fois par semaine	c	peu consommé	d	non consommé		
39	Pain blanc	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu consommé		
40	Pain demi complet, complet, seigle ou épeautre	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu consommé		
41	Pain de mie, brioches, viennoiseries, pains au lait, biscottes, gâteaux secs, céréales sucrées du petit déjeuner, gâteaux apéritifs	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	2 fois par semaine	d	3 à 5 fois par semaine	e	non consommé
42	Flocons de céréales, muesli non sucrés	a	2 à 3 fois par jour	b	1 fois par jour	c	3 à 5 fois par semaine	d	peu consommé		

Plats préparés											
43	Plats préparés, prêts à consommer, en conserves, surgelés, frais, traiteur : cassoulet, choucroute, lasagne, paella, poissons panés, poêlée de légumes...	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c	2 fois par semaine	d	1 fois par semaine	e	non consommé
44	Pizzas, quiches, sandwiches, kebabs, paninis, friand, burgers	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c	2 fois par semaine	d	1 fois par semaine	e	non consommé
45	Habituellement prenez-vous vos repas en collectivité, à la cantine, au restaurant du personnel, dans un routier ?	a	1 fois par jour	b	1 fois par semaine	c	2 fois par semaine	d	3 à 4 fois par semaine	e	jamais

Boissons							
46	Soda ou jus de fruit	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par semaine	c festif, occasionnel	d non consommé
47	Apéritif alcoolisé	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par semaine	c festif, occasionnel	d non consommé
48	Bière	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par semaine	c festif, occasionnel	d non consommé
49	Vin rouge	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par semaine	c festif, occasionnel	d non consommé
50	Vin blanc	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par semaine	c festif, occasionnel	d non consommé
51	Café non sucré	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par jour	c peu consommé	d non consommé
52	Café sucré	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par jour	c peu consommé	d non consommé
53	Chicorée ou Ricoré	a	1 fois par jour	b	plusieurs fois par jour	c peu consommé	d non consommé

Epices							
54	Persil, coriandre, ciboulette	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c 1 fois par semaine	d peu consommé
55	Oignon, ail, échalote	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c 1 fois par semaine	d peu consommé
56	Epices: curcuma, curry	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c 1 fois par semaine	d peu consommé

Confiserie/chocolat							
57	Chocolat noir	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c 1 fois par semaine	d peu consommé
58	Chocolat au lait	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c 1 fois par semaine	d peu consommé
59	Barres chocolatées, pralines, pâtes à tartiner	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c 1 fois par semaine	d peu consommé
60	Bonbons	a	1 fois par jour	b	3 à 5 fois par semaine	c 1 fois par semaine	d peu consommé

INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE

IPAQ (VERSION FRANÇAISE JUILLET 2003)

Nous nous intéressons aux différents types d'activités physiques que vous faites dans votre vie quotidienne. Les questions suivantes portent sur le temps que vous avez passé à être actif physiquement au cours des 7 derniers jours. Répondez à chacune de ces questions même si vous ne vous considérez pas comme une personne active. Les questions concernent les activités physiques que vous faites au lycée, lorsque vous êtes chez vous, pour vos déplacements, et pendant votre temps libre.

Bloc 1 : Activités intenses des 7 derniers jours

1. Pensez à toutes les **activités intenses** que vous avez faites au cours des **7 derniers jours**. Les activités physiques intenses font référence aux activités qui vous demandent un effort physique important et vous font respirer beaucoup plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

1-a. Au cours des **7 derniers jours**, **combien y-a-t-il eu de jours** au cours desquels vous avez fait des **activités physiques intenses** comme porter des charges lourdes, bêcher, faire du VTT ou jouer au football ?

|_|_| **jour(s)** Je n'ai pas eu d'activité physique intense → *Passez au bloc 2*

1-b. Au total, combien de **temps** avez-vous passé à faire des **activités intenses au cours des 7 derniers jours** ?

|_|_| : |_|_| Je ne sais pas
Heures : minutes

Bloc 2 : Activités modérées des 7 derniers jours

2. Pensez à toutes les **activités modérées** que vous avez faites au cours des **7 derniers jours**. Les activités physiques modérées font référence aux activités qui vous demandent un effort physique modéré et vous font respirer un peu plus difficilement que normalement. Pensez seulement aux activités que vous avez effectuées pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

2-a. Au cours des **7 derniers jours**, **combien y-a-t-il eu de jours** au cours desquels vous avez fait des **activités physiques modérées** comme porter des charges légères, passer l'aspirateur, faire du vélo tranquillement ou jouer au volley-ball ? Ne pas inclure la marche.

|_|_| **jour(s)** Je n'ai pas eu d'activité physique modérée → *Passez au bloc 3*

2-b. Au total, combien de **temps** avez-vous passé à faire des **activités modérées au cours des 7 derniers jours** ?

|_|_| : |_|_| Je ne sais pas
Heures : minutes

Bloc 3 : La marche des 7 derniers jours

3. Pensez au temps que vous avez passé à **marcher au moins 10 minutes d'affilée** au cours des **7 derniers jours**. Cela comprend la marche au lycée et à la maison, la marche pour vous rendre d'un lieu à un autre et tout autre type de marche que vous auriez pu faire pendant votre temps libre pour la détente, le sport ou les loisirs.

3-a. Au cours des **7 derniers jours**, combien y-a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez marche pendant **au moins 10 minutes d'affilée**.

|_|_| jour(s) Je n'ai pas eu d'activité physique intense → *Passez au bloc 4*

3.b. Au total, combien d'épisodes de marche d'au **moins 10 minutes d'affilée**, avez-vous effectuée au cours des **7 derniers jours** ?

|_|_|_| nombre d'épisodes de 10 minutes d'affilée Je ne sais pas

Exemples :

Lundi :	1 marche de 60 minutes	6 épisodes
Mardi :	1 marche de 20 minutes et 3 marches de 5 minutes	2 épisodes
Mercredi :	1 marche de 35 minutes	3 épisodes
Jeudi :	1 marche de 8 minutes	0 épisode
Vendredi :	1 marche de 6 minutes puis 3 marches de 4 minutes	0 épisode
Samedi :	1 marche de 18 minutes	1 épisode
Dimanche :	1 marche de 10 minutes et 3 marches de 5 minutes	1 épisode
	Total	13 épisodes

Bloc 4 : Temps passé assis au cours des 7 derniers jours

4. La dernière question porte sur **le temps que vous avez passé assis** pendant les jours de semaine, au cours des **7 derniers jours**. Cela comprend le temps passé assis au lycée, à la maison, lorsque vous étudiez et pendant votre temps libre. Il peut s'agir par exemple du temps passé assis à un bureau, chez des amis, à lire, à être assis ou allongé pour regarder la télévision, devant un écran.

4-a. Au cours des **7 derniers jours**, pendant les jours de semaine, **combien de temps**, en moyenne, avez-vous passé **assis** ?

|_|_| : |_|_| Je ne sais pas
Heures : minutes

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE
SCORE ASQoL

Veillez lire attentivement chaque phrase et cocher la réponse la plus appropriée pour vous en ce moment.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Ma condition limite les endroits où je peux me rendre | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 2. J'ai parfois envie de pleurer | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 3. J'ai du mal à m'habiller | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 4. J'ai du mal à faire mes travaux domestiques | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 5. Il m'est impossible de dormir | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 6. Je suis incapable de participer à des activités avec mes amis ou ma famille | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 7. Je suis toujours fatigué(e) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 8. Je dois arrêter mes activités pour me reposer | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 9. J'ai des douleurs insupportables | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 10. Je dois prendre beaucoup de temps pour me préparer le matin | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 11. Je suis incapable de faire mes travaux domestiques | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 12. Je suis facilement fatigué(e) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 13. Je me sens souvent frustré(e) | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 14. Je ressens des douleurs en permanence | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 15. J'ai l'impression de passer à côté de beaucoup de choses | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 16. Il m'est difficile de me laver les cheveux | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 17. Ma situation me déprime | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |
| 18. J'ai peur de perdre mon entourage | <input type="checkbox"/> ₀ Non | <input type="checkbox"/> ₁ Oui |

FACIT-FATIGUE SCALE

Vous trouverez ci-dessous une liste de commentaires que d'autres personnes atteintes de la même maladie que vous ont jugés importants. Veuillez indiquer votre réponse en entourant un seul chiffre par ligne et en tenant compte des 7 derniers jours.

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Énormément
Je me sens épuisé(e).....	0	1	2	3	4
Je ressens une faiblesse générale.....	0	1	2	3	4
Je suis sans énergie, lessivé(e).....	0	1	2	3	4
Je me sens fatigué(e).....	0	1	2	3	4
J'ai du mal à <u>commencer</u> les choses parce que je suis fatigué(e)	0	1	2	3	4
J'ai du mal à <u>terminer</u> les choses parce que je suis fatigué(e).....	0	1	2	3	4
J'ai de l'énergie.....	0	1	2	3	4
Je suis capable de faire ce que je fais d'habitude.....	0	1	2	3	4
J'ai besoin de dormir dans la journée.....	0	1	2	3	4
Je suis trop fatigué(e) pour manger.....	0	1	2	3	4
J'ai besoin d'aide pour faire mes activités habituelles.....	0	1	2	3	4
Je suis frustré(e) d'être trop fatigué(e) pour pouvoir faire ce que je veux.....	0	1	2	3	4
Je dois limiter mes activités sociales parce que je suis fatigué(e)	0	1	2	3	4

***** Merci d'avoir répondu à cette enquête*****