

FertiQoL International

Questionnaire sur la qualité de vie des personnes ayant des problèmes de fertilité (2008)

Pour chaque question, veuillez cocher la case (✓) correspondant à la réponse qui reflète le mieux vos pensées et vos sentiments. Vos réponses doivent indiquer vos pensées et sentiments actuels. Certaines questions peuvent concerner votre vie privée, mais elles sont importantes pour tenir compte de tous les aspects de votre vie.

Répondez aux questions portant un astérisque (*) uniquement si vous êtes en couple.

Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Très mauvais	Mauvais	Ni bon ni mauvais	Bon	Très bon
A	Quel est votre état de santé, d'après vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Très insatisfait(e)	Insatisfait (e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Satisfait (e)	Très satisfait(e)
B	Etes-vous satisfait(e) de votre qualité de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Complètement	Beaucoup	Modérément	Peu	Pas du tout
Q1	Vos pensées sur l'infertilité vous posent-elles des problèmes d'attention et de concentration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q2	Pensez-vous que vous ne pouvez pas poursuivre d'autres objectifs de vie du fait de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q3	Vous sentez-vous épuisé(e) à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q4	Vous sentez-vous capable de faire face à vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Très insatisfait(e)	Insatisfait (e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Satisfait (e)	Très satisfait(e)
Q5	Etes-vous satisfait(e) du soutien que vous recevez de vos amis au sujet de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q6	Etes-vous satisfait(e) de vos relations sexuelles même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Toujours	Très souvent	Assez souvent	Rarement	Jamais
Q7	Vos problèmes de fertilité vous font-ils ressentir de la jalousie ou du ressentiment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8	Ressentez-vous de la douleur ou un sentiment de perte en raison du fait que vous ne pouvez pas avoir d'enfant (ou d'autres enfants) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9	Oscillez-vous entre l'espoir et le désespoir à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10	Etes-vous isolé(e) socialement à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q11	Vous témoignez-vous de l'affection au sein de votre couple même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12	Vos problèmes de fertilité ont-ils des conséquences sur votre travail ou vos obligations quotidiennes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q13	Vous sentez-vous gêné(e) d'assister à des réunions de famille ou d'amis, comme des vacances ou des fêtes, à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q14	Pensez-vous que votre famille comprend ce que vous vivez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Extrêmement	Beaucoup	Modérément	Peu	Pas du tout
*Q15	Vos problèmes de fertilité vous-ont ils rapproché(e) de votre compagnon/compagne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q16	Vous sentez-vous triste et déprimé(e) à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q17	Vos problèmes de fertilité vous placent-ils dans une position d'infériorité par rapport aux personnes qui ont des enfants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q18	Ressentez-vous de la fatigue à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q19	Vos problèmes de fertilité ont-ils eu un effet négatif sur votre relation de couple ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q20	Trouvez-vous difficile d'exprimer à votre compagnon/compagne vos sentiments liés à vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Q21	Etes-vous satisfait(e) de votre relation de couple même si vous avez des problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q22	Ressentez-vous une pression sociale pour avoir des enfants (ou avoir plus d'enfants) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q23	Vos problèmes de fertilité vous mettent-ils en colère ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q24	Ressentez-vous de la douleur physique à cause de vos problèmes de fertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FertiQoL International

Module facultatif sur le traitement

Avez-vous commencé un traitement de l'infertilité (cela inclut toute consultation médicale ou intervention) ? Si oui, veuillez répondre aux questions suivantes. Pour chaque question, cochez la case (✓) correspondant à la réponse qui reflète le mieux vos pensées et vos sentiments. Vos réponses doivent indiquer vos pensées et sentiments actuels. Certaines questions peuvent concerner votre vie privée, mais elles sont importantes pour tenir compte de tous les aspects de votre vie.

Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Toujours	Très souvent	Assez souvent	Rarement	Jamais
T1	Le traitement de l'infertilité a-t-il des effets négatifs sur votre humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	Vous est-il possible de recourir aux examens et traitements médicaux que vous souhaitez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Extrêmement	Beaucoup	Modérément	Peu	Pas du tout
T3	La procédure et/ou la prise de médicaments pour le traitement de vos problèmes de fertilité est-elle compliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T4	Etes-vous gêné(e) par l'effet du traitement sur vos activités professionnelles ou vos activités quotidiennes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T5	Pensez-vous que le personnel médical comprend ce que vous vivez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	Etes-vous gêné(e) par les répercussions physiques des traitements de l'infertilité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chaque question, sélectionnez la réponse la plus proche de vos pensées et sentiments actuels.		Très insatisfait(e)	Insatisfait(e)	Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	Satisfait(e)	Très satisfait(e)
T7	Etes-vous satisfait(e) de la qualité de l'aide psychologique proposée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T8	Que pensez-vous de la chirurgie et/ou des traitements médicaux que vous avez reçus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T9	Que pensez-vous de la qualité des informations que vous avez reçues au sujet des médicaments, de la chirurgie et/ou des traitements médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T10	Etes-vous satisfait(e) de vos échanges avec le personnel traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>