

**INTRODUCTION
AUTO-ÉVALUATION****Enquête modifiée sur la qualité de vie****Jours de bonne santé**

Diriez-vous que votre état de santé général est :

Très bon	Bon	Passable	Mauvais
----------	-----	----------	---------

Si vous pensez à votre santé physique (maladies et blessures), pendant combien de jours au cours des 30 derniers jours votre santé n'était-elle pas bonne?

Nombre de jours _____

Pensez à votre santé mentale (stress, dépression et autres problèmes émotionnels) : pendant combien de jours au cours des 30 derniers jours votre santé mentale n'était-elle pas bonne?

Nombre de jours _____

Limitation d'activité

Êtes-vous limité-e dans la réalisation d'une activité quelconque à cause de votre santé?

Oui	Non
-----	-----

Êtes-vous limité-e à cause de votre respiration?

Oui	Non
-----	-----

Êtes-vous limité-e par vos émotions?

Oui	Non
-----	-----

SymptômesAu cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours environ la **douleur** vous a-t-elle empêché-e d'accomplir vos activités habituelles de soins personnels, de travail ou de loisirs?

Nombre de jours _____

Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours environ vous êtes-vous senti-e **malade, morose, ou déprimé -e**?

Nombre de jours _____

Au cours des 30 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous senti-e **inquiet- ète, tendu-e ou anxieux-euse**?

Nombre de jours _____

Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous eu l'impression de **ne pas avoir suffisamment dormi ou de manquer de repos**?

Nombre de jours _____

Au cours des 30 derniers jours, combien de jours vous êtes-vous senti-e en **très bonne santé et plein-e d'énergie**?

Nombre de jours _____