

Évaluation de la qualité de vie de la femme atteinte d'endométriose.



Nom : _____

Date : _____

Prénom : _____

TTT suivis au cours des 4 dernières semaines : _____

QUESTIONNAIRE EHP-5 (Endometriosis Health Profile)

score de 0 à 44

Au cours des **quatre dernières semaines**, combien de fois, du fait de votre endométriose...

	0 Jamais	1 Rarement	2 Parfois	3 Souvent	4 Toujours
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu des changements d'humeur ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changée ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous été incapable d'assurer des obligations professionnelles à cause des douleurs ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous trouvé difficile de vous occuper de votre/vos enfant.s ?	☐	☐	☐	☐	☐
Vous êtes-vous sentie inquiète à l'idée d'avoir des rapports sexuels à cause de la douleurs ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu le sentiment que les médecins pensaient que c'était dans votre tête ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous été déçue parce que le traitement ne marchait pas ?	☐	☐	☐	☐	☐
Vous êtes-vous sentie déprimée face à l'éventualité de ne pas avoir d'enfant.s ?	☐	☐	☐	☐	☐

Total :

Commentaires, observations :
