

Date: \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_

Initiales du participant: \_\_\_\_\_

N° du dossier médical : \_\_\_\_\_

N° du participant : \_\_\_\_\_

## Questionnaire d'Évaluation des Symptômes – Centre M.D. Anderson (MDASI-CORE)

**1ère Partie :** Quelle a été la **gravité** de vos symptômes?

Les personnes atteintes d'un cancer souffrent souvent de symptômes causés soit par leur maladie, soit par leur traitement. Nous vous demandons d'évaluer l'importance des symptômes suivants **au cours des dernières 24 heures**. Pour chaque question ci-dessous, noircissez un cercle de 0 (absence de symptôme) à 10 (le pire qu'on puisse imaginer).

	Absence de symptôme					Le pire qu'on puisse imaginer					
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. La <b>douleur</b> la plus FORTE ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La <b>fatigue</b> la plus IMPORTANTE ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Les <b>nausées</b> les plus FORTES ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Les <b>troubles du sommeil</b> les plus IMPORTANTS ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Le <b>sentiment d'inquiétude</b> le plus FORT ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. L' <b>essoufflement</b> le plus MARQUÉ ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Les <b>troubles de la mémoire</b> les plus IMPORTANTS ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La <b>perte d'appétit</b> la plus IMPORTANTE ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Le degré de <b>somnolence</b> le plus IMPORTANT ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. La sensation de <b>sécheresse de la bouche</b> la plus IMPORTANTE ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Date: \_\_\_\_\_

Institution : \_\_\_\_\_

Initiales du participant: \_\_\_\_\_

N° du dossier médical : \_\_\_\_\_

N° du participant : \_\_\_\_\_

	Absence de symptôme							Le pire qu'on puisse imaginer			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Le sentiment de <b>tristesse</b> le plus ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Les <b>vomissements</b> les plus IMPORTANTS ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Les sensations <b>d'engourdissement ou de fourmillement</b> les plus IMPORTANTES ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2ème Partie : Quel a été l'impact de ces symptômes sur votre vie ?**

Il est fréquent que ces symptômes aient un impact sur nos sentiments et nos activités. Dans quelle mesure ces symptômes ont-ils perturbé les éléments suivants **au cours des dernières 24 heures** :

	Impact										
	Aucun impact	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Impact maximum
14. Votre <b>activité</b> générale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Votre <b>humeur</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Le <b>travail</b> (y compris les travaux ménagers) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Vos <b>relations</b> avec les autres ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. La <b>facilité à marcher</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. L' <b>entrain</b> (jouir de la vie) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>