

**OEDÈME LYMPHATIQUE, HANDICAP ET PROBLÈME DE PARTICIPATION : LYMF-ICF-BL QUESTIONNAIRE**

Nom et prénom:

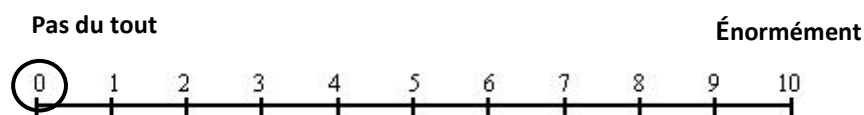
Date:

Un œdème lymphatique du bras et/ou de la main peut avoir des effets sur le physique et le mental, ainsi que limiter vos activités quotidiennes et poser des problèmes dans la vie sociale.

Ce questionnaire comprend **29 questions** établies sur base d'informations fournies par des personnes souffrant de la même affection que vous.

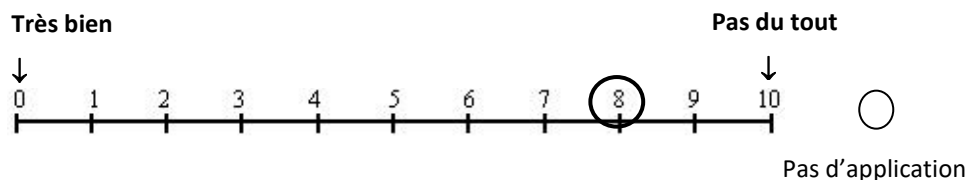
À côté de chaque question, vous voyez les numéros de 0 à 10. S'il vous plaît indiquez le nombre de plaintes que vous avez à la suite de votre œdème et dans quelle mesure vous pouvez effectuer vos activités ou de participer à la vie sociale. 0 correspond à "aucune plainte / douleur" ou « aucun effort » pour faire quelque chose et « incapable d'exécuter" 10 avec "insupportable symptômes / douleur ». Traversez le cercle vide si ce n'est pas applicable.

Par exemple:



1. Avez-vous mal au bras?

*Si vous ne ressentez aucune douleur à votre bras, vous encerclez le chiffre 0.*



2. Etes-vous capable de repasser?

*Si vous repassez difficilement, vous encerclez le chiffre 9.*

*Si vous n'avez jamais repassé parce que vous avez une aide-ménagère ou que vous repassez avec l'autre bras, mettez une croix dans le cercle ⊗ "pas applicable" à côté de la ligne.*

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre situation **au cours des deux dernières semaines**. Essayez de ne pas passer trop de temps par réponse et tentez de répondre à toutes les questions.

Ceci est un questionnaire personnel et ne peut être rempli que par vous personnellement. Lorsque vous remplissez le questionnaire, ne discutez pas de vos réponses avec votre entourage immédiat.

Fonctions physiques

Dans votre bras, sentez-vous:

|  | <b>Pas du tout</b>  | <b>Énormément</b> |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | ↓   | ↓                 |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Une sensation de lourdeur (fatigué) ? | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0  | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Une sensation de raideur?             | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0  | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Un gonflement?                        | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0  | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Au niveau de votre bras, avez-vous:

|                                      | <b>Pas du tout</b>  | <b>Énormément</b> |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                                      | ↓   | ↓                 |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. Une perte de force?               | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                    | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Des picotements?                  | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                    | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Des douleurs?                     | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                    | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Une tension au niveau de la peau? | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                    | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                      |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Fonctions mentales

Suite à vos problèmes au niveau du bras:

|  | <b>Pas du tout</b>  | <b>Énormément</b> |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  | ↓   | ↓                 |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Êtes-vous triste?                   | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                      | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. Vous sentez-vous découragé(e)?      | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                      | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. Manquez-vous de confiance en vous? | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                      | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. Êtes-vous tendu(e)?                | <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td colspan="11" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> |                   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                      | 1   | 2                 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |                   |   |   |   |   |   |   |   |    |   |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Vie domestique

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

|   | <b>Très bien</b> |   | <b>Pas du tout</b> | <b>Pas d'application</b> |   |   |   |   |   |   |    |                       |
|---|------------------|---|--------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|
|   | ↓                |   | ↓                  | ↓                        |   |   |   |   |   |   |    |                       |
| 12. Nettoyer (frotter, aspirer, balayer)? | 0                | 1 | 2                  | 3                        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 13. Cuisiner?                             | 0                | 1 | 2                  | 3                        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 14. Repasser?                             | 0                | 1 | 2                  | 3                        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 15. Travailler dans le jardin?            | 0                | 1 | 2                  | 3                        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |

Mobilité

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

|  | <b>Très bien</b> |   | <b>Pas du tout</b> | <b>Pas d'application</b> |   |   |   |   |   |   |    |                       |
|--|------------------|---|--------------------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|
|  | ↓                |   | ↓                  | ↓                        |   |   |   |   |   |   |    |                       |
| 16. Actions au-dessus de la tête (ex. Pendre le linge)?                        | 0                | 1 | 2                  | 3                        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 17. Porter/soulever des objets lourds (ex. seau d'eau/ sac rempli de courses)? | 0                | 1 | 2                  | 3                        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 18. Dormir sur le côté affecté?  | 0                | 1 | 2                  | 3                        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 19. Travailler à l'ordinateur (> 30 min)?                                      | 0                | 1 | 2                  | 3                        | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |

|                            | Très bien<br>↓ |   | Pas du tout<br>↓ | Pas<br>d'application<br>↓ |   |   |   |   |   |   |    |                       |
|----------------------------|----------------|---|------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|
| 20. Bronzer?               | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 21. Conduire?              | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 22. Marcher à pied(>2 km)? | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 23. Rouler à vélo?         | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |

Grands domaines de la vie et vie sociale

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

|   | Très bien<br>↓ |   | Pas du tout<br>↓ | Pas<br>d'application<br>↓ |   |   |   |   |   |   |    |                       |
|---|----------------|---|------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|
| 24. Partir en vacances?   | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 25. Pratiquer vos hobbies?  | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 26. Faire du sport?   | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 27. Portez les vêtements de votre choix?                                      | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 28. Exercer votre métier?   | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 29. Vie sociale avec vos proches (ex. sorties restaurant, concerts, soirées)? | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |