

Stoma-QOL

Questionnaire de Qualité de Vie pour les personnes stomisées digestives

Ce questionnaire que vous allez remplir permettra d'évaluer votre Qualité de Vie liée à la stomie et son évolution. C'est un outil précieux dans votre relation avec votre chirurgien et/ou infirmière stomathérapeute

I. Comment remplir le Stoma-QOL

Répondre à chaque question en encerclant **UNE SEULE** réponse (sur l'échelle en 4 points) qui correspond à ce que vous **ressentez**. Il est très important de répondre à l'ensemble des questions, ce qui vous prendra de 5 à 10 minutes.

II. Données personnelles

Ces données faciliteront le suivi de l'évolution de votre Qualité de la Vie à votre chirurgien et/ou infirmière stomathérapeute.

Nom | _ _ _ | (3 premières lettres)

Age | _ _ _ |

Sexe Homme Femme

Type de stomie Colostomie Iléostomie

Date de création de la stomie | _ _ | / | _ _ | / | _ _ |

➤ Avant de commencer à remplir le questionnaire,
merci d'inscrire la date d'aujourd'hui | _ _ | / | _ _ | / | _ _ |



Veillez, s'il vous plaît, cocher la réponse qui décrit le mieux ce que vous ressentez en ce moment 

	Tout le temps¹	Parfois²	Rarement³	Jamais⁴
1. Ça me rend inquiet quand la poche est pleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai peur que la poche se décolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai besoin de savoir où sont les toilettes les plus proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai peur que la poche sente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai peur que la stomie fasse du bruit (des gargouillis venant de l'intestin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai besoin de me reposer pendant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ma poche me limite dans le choix de mes vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je me sens fatigué(e) pendant la journée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A cause de ma stomie, j'ai l'impression de ne pas être sexuellement attirant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je dors mal la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai peur que la poche fasse des bruits de froissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Du fait de ma stomie, je n'aime pas mon corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Il m'est difficile de passer une nuit hors de chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. C'est difficile de cacher que je porte une poche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Du fait de mon état de santé, j'ai peur d'être un poids pour mes proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. J'évite les contacts physiques rapprochés avec mes amis (par exemple danser, jouer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Du fait de ma stomie, ça m'est difficile d'être avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. J'ai peur de rencontrer des gens nouveaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je me sens seul(e) même quand je suis avec des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ce que ma famille pense de moi me tracasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*S'il vous plaît, veuillez vérifier que vous avez répondu pour chaque phrase.
Merci d'avoir rempli ce questionnaire*