Questionnaire Echelle qualité de vie : **EHP 5**

(Endometrosis Profile 5) - de 0 (meilleure qualité de vie envisageable) à 1100 (pire qualité de vie envisageable)

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

PARTIE 1

	Jamais 0	Rarement 25	Parfois 50	Souvent 75	Toujours 100
Avez-vous éprouvé des difficultés à marcher à cause des douleurs ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous l'impression que vos symptômes réglaient votre vie ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu des changements d'humeur ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous l'impression que les autres ne comprenaient pas ce que vous enduriez ?	☐	☐	☐	☐	☐
Avez-vous eu l'impression que votre apparence avait changé ?	☐	☐	☐	☐	☐

PARTIE 2

	Jamais 0	Rarement 25	Parfois 50	Souvent 75	Toujours 100
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 douleur ?	☐	☐	☐	☐	☐
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'enfants ?	☐	☐	☐	☐	☐