

Questionnaire PDQ-39

À cause de la maladie de Parkinson, à quelle fréquence avez-vous vécu les situations suivantes au cours du mois précédent ? Merci de cocher une case pour chaque question.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours (ou ne peut jamais le faire)
1. Avez-vous eu des difficultés dans la pratique de vos loisirs ?	<input type="checkbox"/>				
2. Avez-vous eu des difficultés à vous occuper de votre maison : ménage, cuisine, bricolage...	<input type="checkbox"/>				
3. Avez-vous eu des difficultés à porter vos sacs de provision ?	<input type="checkbox"/>				
4. Avez-vous eu des problèmes pour parcourir 1km à pied ?	<input type="checkbox"/>				
5. Avez-vous eu des problèmes pour parcourir 100m à pied ?	<input type="checkbox"/>				
6. Avez-vous eu des difficultés à vous déplacer chez vous aussi aisément que vous le souhaiteriez ?	<input type="checkbox"/>				
7. Avez-vous eu des difficultés à vous déplacer dans les lieux publics ?	<input type="checkbox"/>				
8. Avez-vous eu besoin de quelqu'un pour vous accompagner quand vous sortez ?	<input type="checkbox"/>				
9. Avez-vous eu peur ou avez-vous été inquiet à l'idée de tomber dans un lieu public ?	<input type="checkbox"/>				
10. Avez-vous été confiné(e) chez vous plus que vous ne l'auriez souhaité ?	<input type="checkbox"/>				
11. Avez-vous eu des difficultés pour vous laver ?	<input type="checkbox"/>				

12. Avez-vous eu des difficultés pour vous habiller ?	<input type="checkbox"/>				
13. Avez-vous eu des difficultés pour boutonner vos vêtements ou lacer vos chaussures ?	<input type="checkbox"/>				
14. Avez-vous eu des difficultés pour écrire lisiblement ?	<input type="checkbox"/>				
15. Avez-vous eu des difficultés pour couper la nourriture ?	<input type="checkbox"/>				
16. Avez-vous eu des difficultés pour tenir un verre sans le renverser ?	<input type="checkbox"/>				
17. Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/>				
18. Vous êtes-vous senti(e) isolé(e) et seul(e) ?	<input type="checkbox"/>				
19. Vous êtes-vous senti(e) au bord des larmes ou avez-vous pleuré ?	<input type="checkbox"/>				
20. Avez-vous ressenti de la colère ou de l'amertume ?	<input type="checkbox"/>				
21. Vous êtes-vous senti(e) anxieux(se) ?	<input type="checkbox"/>				
22. Vous êtes-vous senti(e) inquiet(e) pour votre avenir ?	<input type="checkbox"/>				
23. Avez-vous ressenti le besoin de dissimuler aux autres votre maladie de Parkinson ?	<input type="checkbox"/>				
24. Avez-vous évité des situations où vous deviez manger ou boire en public ?	<input type="checkbox"/>				
25. Vous êtes-vous senti(e) gêné(e) en public à cause de votre maladie de Parkinson ?	<input type="checkbox"/>				

26. Vous êtes-vous senti(e) inquiet(e) des réactions des autres à votre égard ?	<input type="checkbox"/>				
27. Avez-vous eu des problèmes dans vos relations avec vos proches ?	<input type="checkbox"/>				
28. Avez-vous manqué de soutien dont vous aviez besoin de la part de votre époux(se) ou conjoint(e) ?	<input type="checkbox"/>				
29. Avez-vous manqué de soutien dont vous aviez besoin de la part de votre famille ou de vos ami(e)s ?	<input type="checkbox"/>				
30. Vous êtes-vous endormi(e) dans la journée de façon innatendue ?	<input type="checkbox"/>				
31. Avez-vous eu des problèmes de concentration, par exemple en lisant ou devant la télévision ?	<input type="checkbox"/>				
32. Avez-vous senti que votre mémoire était mauvaise ?	<input type="checkbox"/>				
33. Avez-vous fait de mauvais rêves ou eu des hallucinations ?	<input type="checkbox"/>				
34. Avez-vous des difficultés pour parler ?	<input type="checkbox"/>				
35. Vous êtes-vous senti(e) incapable de communiquer normalement avec les autres ?	<input type="checkbox"/>				
36. Vous êtes-vous senti(e) ignoré(e) par les autres ?	<input type="checkbox"/>				
37. Avez-vous eu des crampes ou spasmes musculaires douloureux ?	<input type="checkbox"/>				
38. Avez-vous eu mal ou avez-vous eu des douleurs dans les articulations ou dans le corps ?	<input type="checkbox"/>				
39. Avez-vous eu des sensations désagréables de chaud ou de froid ?	<input type="checkbox"/>				