

INSTRUCTIONS POUR LES PATIENTS :

Les patients souffrant d'une maladie pulmonaire chronique comme vous signalent qu'ils connaissent des problèmes au cours de leurs activités physiques. Par activités physiques, nous entendons toutes les activités nécessitant un mouvement de votre corps. (Exemples : les activités domestiques, la marche, aller au travail ou s'habiller). Veuillez prendre en compte toutes les activités que vous réalisez, et pas seulement ces exemples. Nous aimerions savoir comment vous avez vécu vos activités physiques AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS.

Veuillez cocher la case de la réponse qui vous correspond le mieux AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS.

Il n'y a pas de mauvaise réponse. Nous vous remercions de votre participation.

| | Score difficulté | Score quantité |
|--|-----------------------------|---------------------------|
| Au cours des 7 derniers jours, avez-vous marché à l'extérieur ? | | |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | | 0 |
| <input type="checkbox"/> Un petit peu (environ 10 minutes chaque jour) | | 1 |
| <input type="checkbox"/> Un peu (environ 30 minutes chaque jour) | | 2 |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup (environ 1 heure chaque jour) | | 3 |
| <input type="checkbox"/> Enormément (plus d'1 heure chaque jour) | | 3 |
| Au cours des 7 derniers jours, avez-vous effectué des tâches à l'extérieur ? (exemples : le jardinage, sortir les poubelles ou faire des petites courses) | | |
| <input type="checkbox"/> Aucune | | 0 |
| <input type="checkbox"/> Très peu | | 1 |
| <input type="checkbox"/> Quelques-unes | | 2 |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup | | 3 |
| <input type="checkbox"/> Enormément | | 4 |
| Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des difficultés pour vous habiller ? | | |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | 4 | |
| <input type="checkbox"/> Un petit peu | 3 | |
| <input type="checkbox"/> Un peu | 2 | |
| <input type="checkbox"/> Beaucoup | 1 | |
| <input type="checkbox"/> Enormément | 0 | |
| Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu des difficultés pour sortir de chez vous ? | | |
| <input type="checkbox"/> Pas du tout | 4 | |
| <input type="checkbox"/> Un petit peu | 3 | |

| | | |
|--|---------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Quelques fois | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Beaucoup | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Enormément | 0 |
| Au cours des 7 derniers jours, avez-vous évité des activités à cause de vos problèmes respiratoires ? | | |
| <input type="checkbox"/> | Jamais | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Rarement | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Quelques fois | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Fréquemment | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Tout le temps | 0 |
| Au cours des 7 derniers jours, étiez-vous essoufflé(e) en général durant vos activités ? | | |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Un petit peu | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Modérément | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Très | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Extrêmement | 0 |
| Au cours des 7 derniers jours, avez-vous manqué de force pour effectuer des tâches à cause de vos problèmes respiratoires ? | | |
| <input type="checkbox"/> | Jamais | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Rarement | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Quelques fois | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Fréquemment | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Tout le temps | 0 |
| Au cours des 7 derniers jours, étiez-vous fatigué(e) en général durant vos activités ? | | |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Un petit peu | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Modérément | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Très | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Extrêmement | 0 |
| Au cours des 7 derniers jours, avez-vous du faire des pauses pendant vos activités physiques ? | | |
| <input type="checkbox"/> | Jamais | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Rarement | 3 |
| <input type="checkbox"/> | Quelques fois | 2 |
| <input type="checkbox"/> | Fréquemment | 1 |
| <input type="checkbox"/> | Tout le temps | 0 |
| Au cours des 7 derniers jours, étiez-vous essoufflé(e) lors de la marche sur terrain plat, à l'intérieur et à l'extérieur ? | | |
| <input type="checkbox"/> | Pas du tout | 4 |
| <input type="checkbox"/> | Un petit peu | 3 |

- Modérément 2
- Très 1
- Extrêmement 0

Au cours des 7 derniers jours, Combien de temps vous a-t-il fallu pour récupérer de vos activités physiques ?

- Aucun 4
- Un petit peu 3
- Un peu 2
- Beaucoup 1
- Enormément 0

Au cours des 7 derniers jours, avez-vous eu besoin de prendre en compte vos problèmes respiratoires lorsque vous avez planifié vos activités ?(exemples : une sortie, un rendez-vous ou recevoir des invités)

- Non 4
- Un petit peu 3
- Quelques fois 2
- Beaucoup 1
- Enormément 0

| Score hebdomadaire de pas | | Mesuré par Actigraph | Mesuré par Dynaport | |
|-----------------------------------|---|----------------------|---------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 0 | <1000 | <1500 | 0 |
| <input type="checkbox"/> | 1 | 1000-2000 | 1500-2500 | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | 2000-4000 | 2500-4500 | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | 4000-6000 | 4500-6500 | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 4 | >6000 | >6500 | 4 |
| PAS (médiane hebdomadaire) | | | | |
| Score hebdomadaire VMU | | Mesuré par Actigraph | Mesuré par Dynaport | |
| <input type="checkbox"/> | 0 | <100 | <60 | 0 |
| <input type="checkbox"/> | 1 | 100-200 | 60-130 | 1 |
| <input type="checkbox"/> | 2 | 200-300 | 130-210 | 2 |
| <input type="checkbox"/> | 3 | 300-500 | 210-370 | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 4 | >500 | >370 | 4 |
| VMU (médiane hebdomadaire) | | | | |

Scores quantité (somme) :

Scores difficulté (somme) :

Total des scores (sommés) :

Référence :

Gimeno-Santos E, Raste Y, Demeyer H, et al. The PROactive instruments to measure physical activity in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2015; 46: 988–1000.