

**‘Leiden Bother and Needs Questionnaire’ pour les  
patients souffrant d’une maladie de l’hypophyse  
(*LBNQ-Pituitary*)**



Leids Universitair Medisch Centrum  
Centre pour les tumeurs endocriniennes de Leiden (CETL)

© 2013, Centre pour les tumeurs endocriniennes de Leiden, Centre médical universitaire de Leiden, Pays-Bas. Tous droits réservés. Aucune partie de ce questionnaire ne peut être reproduite ou transmise, sous n'importe quelle forme ou par n'importe quel moyen, sans notification préalable de l'auteur.

Correspondance:

Division of Endocrinology, C7-Q  
Leiden University Medical Center  
P.O. Box 9600  
2300 RC Leiden  
Pays-Bas

Ce questionnaire étudie l'impact de la maladie et les possibilités en termes de soins de santé et d'accompagnement des patients traités pour des pathologies de l'hypophyse. Au moyen du questionnaire suivant, nous souhaitons obtenir une image des expériences vécues par les patients souffrant d'une maladie de l'hypophyse en rapport avec leur pathologie. Nous souhaitons également utiliser ce questionnaire pour identifier les besoins des patients en termes de soins de santé et d'accompagnement sur la manière de gérer les symptômes et conséquences spécifiques.

Nous vous invitons à examiner un certain nombre d'affirmations sur les conséquences auxquelles vous êtes (peut-être) confronté(e) dans votre vie quotidienne en raison de votre pathologie de l'hypophyse. Nous vous demandons d'entourer ou de cocher la réponse qui correspond le mieux à votre opinion. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si vous avez un doute concernant la réponse à fournir pour une question, essayer de choisir la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez.

Vous trouverez un **exemple** à la page suivante.

**EXEMPLE**

Chaque question comprend trois éléments.

La partie A consiste en une affirmation relative à un problème engendrant des difficultés. On vous demandera d'indiquer si cette affirmation s'applique dans votre cas :

En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis confronté(e) à des **limitations dans ma vie quotidienne**.

- a. ☒ OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

Vous serez ensuite invité(e) à indiquer dans quelle mesure vous êtes confronté(e) à ce problème. Vous pouvez le faire en cochant la case qui correspond le mieux à votre opinion :

- b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge :

☐ Pas du tout   ☒ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

Enfin, vous serez invité(e) à indiquer dans quelle mesure vous jugez important que les soins dont vous bénéficiez prennent en charge ce problème spécifique. Vous pouvez le faire en cochant la case qui correspond le mieux à votre opinion :

- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est :
- |                          |                          |                          |                                     |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante        | Extrêmement importante   |

1. En raison de ma pathologie hypophysaire, je ressens de la **fatigue**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

2. En raison de ma pathologie hypophysaire, j'éprouve de la **douleur physique**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

3. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis confronté(e) à des **problèmes de sommeil**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

4. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis confronté(e) à des **problèmes de concentration**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

5. En raison de ma pathologie hypophysaire, j'éprouve des **difficultés à faire plusieurs choses à la fois**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

6. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis confronté(e) à des **problèmes de mémoire**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

7. En raison de ma pathologie hypophysaire, j'éprouve des **difficultés à cesser de ressasser certaines pensées.**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

8. En raison de ma pathologie hypophysaire, je **me sens déprimé(e).**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

9. En raison de ma pathologie hypophysaire, j'éprouve de **l'anxiété.**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

10. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis confronté(e) à des **sautes d'humeur**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

11. En raison de ma pathologie hypophysaire, j'ai **tendance à paniquer dans certaines situations**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

12. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis **plus sensible aux situations stressantes qu'auparavant**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante



13. En raison de ma pathologie hypophysaire, **je m'inquiète de mes symptômes physiques.**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

14. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis confronté(e) à des **modifications de ma personnalité.**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

15. En raison de ma pathologie hypophysaire, **mes réactions émotionnelles ont changé.**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

16. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis **plus irritable qu'auparavant**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

17. En raison de ma pathologie hypophysaire, j'éprouve de la **honte**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

18. En raison de ma pathologie hypophysaire, j'éprouve **un sentiment de solitude**.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

19. En raison de ma pathologie hypophysaire, je ressens de la **culpabilité vis-à-vis de mon/ma partenaire et/ou de ma famille proche.**

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON / Sans objet (*Si NON ou Sans objet, prière de passer à la question suivante*)
- b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

20. J'en fais plus que je ne devrais (je vais au-delà de mes propres limites).

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)
- b. Je ressens cela comme une charge :  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est :
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

21. Je pense que tout (nouveau) symptôme est lié à ma pathologie hypophysaire.

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)
- b. Je ressens cela comme une charge :  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est :
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

22. Je rumine souvent sur les **causes** de ma pathologie hypophysaire.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Je ressens cela comme une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

23. J'ai des pensées négatives sur les **conséquences** de ma pathologie hypophysaire.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

24. J'ai des pensées négatives sur la manière dont évoluera ma pathologie hypophysaire.

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

25. J'ai des pensées négatives quant au degré de **contrôle** possible de ma pathologie hypophysaire.

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)
- b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

26. En raison de ma pathologie hypophysaire, j'éprouve des **problèmes physiques lors de relations sexuelles**.

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)
- b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

27. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis **moins intéressé(e) par le sexe**.

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)
- b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

28. En raison de ma pathologie hypophysaire, **ma relation avec mon/ma partenaire s'est dégradée.**

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON / Sans objet (*Si NON ou Sans objet, prière de passer à la question suivante*)
- b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

29. En raison de ma pathologie hypophysaire, **mon cercle d'amis s'est rétréci.**

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)
- b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

30. En raison de ma pathologie hypophysaire, **je me sens mal à l'aise dans certaines situations en société.**

- a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)
- b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:  
☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement
- c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:
- |                          |                          |                          |                              |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| Pas importante           | Un peu importante        | Modérément importante    | Significativement importante | Extrêmement importante   |

31. Je ressens un **manque de compréhension des conséquences de ma pathologie hypophysaire de la part des personnes faisant partie de mon entourage social.**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

32. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis confronté(e) à des **limitations pour me livrer à mes loisirs favoris.**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON (*Si NON, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

33. En raison de ma pathologie hypophysaire, je suis confronté(e) à des **difficultés à effectuer mon travail.**

a. OUI / Dans une certaine mesure / NON / Sans objet (*Si NON ou Sans objet, prière de passer à la question suivante*)

b. Ce problème et ses conséquences sont pour moi une charge:

☐ Pas du tout   ☐ Un peu   ☐ Modérément   ☐ Significativement   ☐ Extrêmement

c. J'estime que l'attention accordée à ce problème par mes prestataires de soins de santé est:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas importante	Un peu importante	Modérément importante	Significativement importante	Extrêmement importante

**Autres problèmes auxquels je suis confronté(e):**

*(Veuillez également indiquer si vous souhaiteriez une attention ou un soutien pour gérer ces problèmes)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Merci beaucoup pour vos réponses à ce questionnaire!**