

**OEDÈME LYMPHATIQUE DU MEMBRE SUPÉRIEUR, HANDICAP ET PROBLÈME DE PARTICIPATION:  
QUESTIONNAIRE LYMPH-ICF-MS**

Nom et prénom:

Date:

Un œdème lymphatique du bras et/ou de la main peut avoir des effets sur le physique et le mental, ainsi que limiter vos activités quotidiennes et poser des problèmes dans la vie sociale.

Ce questionnaire comprend **29 questions** établies sur base d'informations fournies par des personnes souffrant de la même affection que vous.

À côté de chaque question, vous voyez les numéros de 0 à 10. S'il vous plaît indiquez le nombre de plaintes que vous avez à la suite de votre œdème et dans quelle mesure vous pouvez effectuer vos activités ou de participer à la vie sociale. 0 correspond à "aucune plainte / douleur" ou «aucun effort» pour réaliser l'activité et 10 correspond à «incapable d'exécuter" ou "insupportable symptômes / douleur» ou. Cochez le cercle vide si ce n'est pas d'application.

Par exemple:

Pas du tout

Énormément

1. Avez-vous mal au bras? ☒ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Si vous ne ressentez aucune douleur à votre bras, vous encerclez le chiffre 0.*

Très bien

Pas du tout



2. Etes-vous capable de repasser?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Pas d'application

*Si vous repassez difficilement, vous encerclez le chiffre 9.*

*Si vous n'avez jamais repassé parce que vous avez une aide-ménagère ou que vous repassez avec l'autre bras, mettez une croix dans le cercle ☒ "pas applicable" à côté de la ligne.*

Choisissez la réponse qui correspond le mieux à votre situation **au cours des deux dernières semaines**. Essayez de ne pas passer trop de temps par réponse et tentez de répondre à toutes les questions.

Ceci est un questionnaire personnel et ne peut être rempli que par vous personnellement. Lorsque vous remplissez le questionnaire, ne discutez pas de vos réponses avec votre entourage immédiat.

## Fonctions physiques

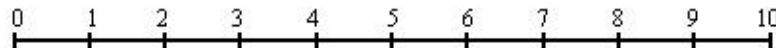
Dans votre bras, sentez-vous:

**Pas du tout**

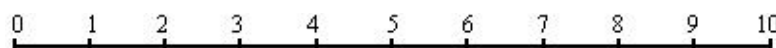
**Énormément**



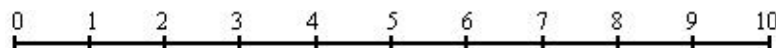
1. Une sensation de lourdeur (fatigue) ?



2. Une sensation de raideur?



3. Un gonflement?



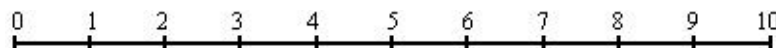
Au niveau de votre bras, avez-vous:

**Pas du tout**

**Énormément**



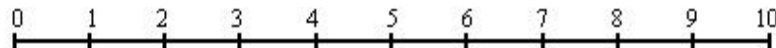
4. Une perte de force?



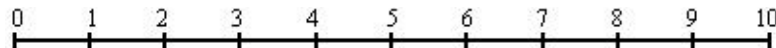
5. Des picotements?



6. Des douleurs?



7. Une tension au niveau de la peau?



## Fonctions mentales

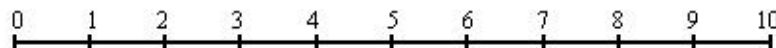
Suite à vos problèmes au niveau du bras:

**Pas du tout**

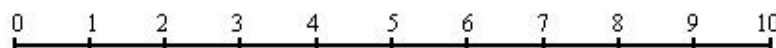
**Énormément**



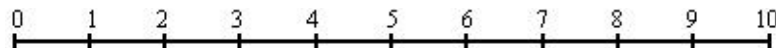
8. Êtes-vous triste?



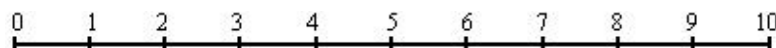
9. Vous sentez-vous découragé(e)?



10. Manquez-vous de confiance en vous?



11. Êtes-vous tendu(e)?



### Vie domestique

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

**Très bien**

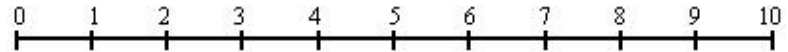
**Pas du tout**      **Pas d'application**

↓

↓

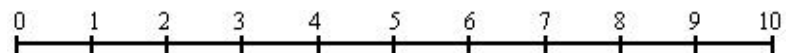
↓

12. Nettoyer (frotter, aspirer, balayer)?



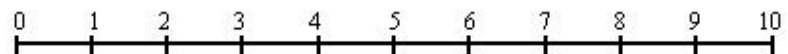
○

13. Cuisiner?



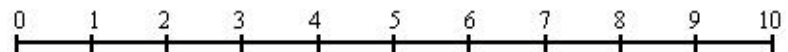
○

#### 14. Repasser?



○

15. Travailler dans le jardin?



○

## Mobilité

Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:

**Très bien**

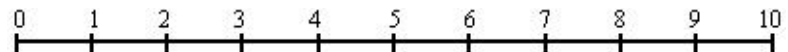
**Pas du tout** **Pas d'application**

↓

1

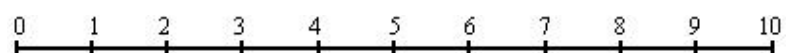
1

16. Actions au-dessus de la tête  
(ex. Pendre le linge)?



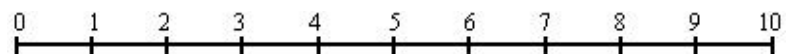
○

17. Porter/soulever des objets lourds (ex. seau d'eau/ sac rempli de courses)?



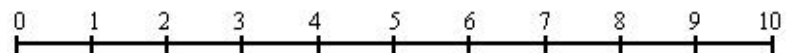
○

18. Dormir sur le côté affecté?



○

19. Travailler à l'ordinateur (> 30 min)?



○

|                             | Très bien<br>↓ |   | Pas du tout<br>↓ | Pas<br>d'application<br>↓ |   |   |   |   |   |   |    |                       |
|-----------------------------|----------------|---|------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|
| 20. Bronzer?                | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 21. Conduire?               | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 22. Marcher à pied (>2 km)? | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 23. Rouler à vélo?          | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |

Grands domaines de la vie et vie sociale

|                                                                                  | Très bien<br>↓ |   | Pas du tout<br>↓ | Pas<br>d'application<br>↓ |   |   |   |   |   |   |    |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------|---|------------------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|----|-----------------------|
| Êtes-vous capable d'effectuer les tâches suivantes:                              |                |   |                  |                           |   |   |   |   |   |   |    |                       |
| 24. Partir en vacances?<br><i>Quel(s) type(s) de vacances:</i> _____             | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 25. Pratiquer vos hobbies?                                                       | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 26. Faire du sport?<br><i>Quel(s) sport(s):</i> _____                            | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 27. Porter les vêtements de votre choix?                                         | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 28. Exercer votre métier?                                                        | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |
| 29. Vie sociale avec vos proches<br>(ex. sorties restaurant, concerts, soirées)? | 0              | 1 | 2                | 3                         | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | <input type="radio"/> |

<sup>a</sup>The French version of the Lymphedema Functioning, Disability and Health Questionnaire for Upper Limb Lymphedema (Lymph-ICF-UL) may not be reproduced without written permission of the authors.