

Madame,

Date de naissance:

Merci de répondre aux questions suivantes en mettant une croix dans la case la plus appropriée.

p1. Vous sentez-vous incapable de supporter la douleur?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p2. Vous sentez-vous incapable de réaliser vos tâches ménagères à cause de la douleur?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p3. Avez-vous du mal à vous tenir debout à cause de la douleur?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p4. Avez-vous du mal à vous asseoir à cause de la douleur?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p5. Avez-vous du mal à marcher à cause de la douleur?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p6. Avez-vous du mal à dormir à cause de la douleur?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p7. Trouvez-vous difficile de réaliser des activités physiques ou de détente à cause de la douleur?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois

- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p8. Vous arrive-t-il de devoir vous allonger à cause de la douleur?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p9. Est-ce que la douleur vous coupe l'appétit?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p10. Est-ce que la douleur vous empêche de participer à des activités sociales?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

p11. Est-ce que la douleur vous empêche de réaliser certaines choses que vous souhaitez faire?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

Concernant votre endométriose, à quel point est-ce qu'elle entraîne les sensations suivantes :

c12. Mal-être.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

c13. Frustration à cause de l'absence d'amélioration des symptômes.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

c14. Frustration à cause de ne pas pouvoir contrôler les symptômes.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

c15. Impossibilité d'oublier les symptômes.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

c16. Sensation que les symptômes envahissent votre vie.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

c17. Sensation que les symptômes vous compliquent la vie.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

e18. Dépression.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

e19. Envie de pleurer.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

e20. Mal dans votre peau.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

e21. Sauts d'humeur.

- ₄ Toujours

- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

E22. Mauvaise humeur.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

E23. Violence ou agressivité.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

Vous est-il arrivé de vous trouver dans l'une des situations suivantes concernant votre endométriose?

§24. Impossibilité de parler de vos problèmes autour de vous.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

§25. Sensation de solitude.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

§26. Sensation que votre entourage ne comprend pas ce que vous endurez.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

§27. Sensation que votre entourage pense que vous vous plaigniez sans raison.

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois

- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

28. Vous sentez-vous frustrée par ce que l'endométriose vous empêche de vous habiller comme vous le souhaitez?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

29. Pensez-vous que l'endométriose a affecté votre apparence physique?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

30. Est-ce que l'endométriose vous a fait perdre confiance en vous?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

• Si vous deviez estimer l'impact de l'endométriose sur la qualité de votre vie de 0 à 10 (0 étant pas d'impact et 10 impact majeur), quelle serait votre réponse?

.....

31. Avez-vous la sensation d'être écoutée par votre médecin ?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

32. Vous a-t-on fait préciser votre type de douleur (réveil nocturne, alitement)?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement
- ₀ Jamais

33. Vous a-t-on fait préciser l'existence de troubles urinaires ou digestifs concomitants à votre douleur ?

- ₄ Toujours
- ₃ Souvent
- ₂ Parfois
- ₁ Rarement

₀ Jamais

34. Vous a-t-on fait préciser le type de médicaments que vous preniez pour soulager la douleur ?

₄ Toujours

₃ Souvent

₂ Parfois

₁ Rarement

₀ Jamais

35. Vous a-t-on fait préciser le mode de prise de médicaments ?

₄ Toujours

₃ Souvent

₂ Parfois

₁ Rarement

₀ Jamais

Madame,

Merci de répondre aux questions suivantes en mettant une croix dans la case la plus appropriée.

1. Quelle est la fréquence de vos rapports sexuels avec votre mari ou votre compagnon ?
 - 4 Tous les jours
 - 3 1 à 3 fois par semaine
 - 2 1 à 3 fois par mois
 - 1 Moins d'une fois par mois
 - 0 Jamais

2. Quelle est la fréquence des rapports sexuels que vous souhaiteriez avoir ?
 - 4 Tous les jours
 - 3 1 à 3 fois par semaine
 - 2 1 à 3 fois par mois
 - 1 Moins d'une fois par mois
 - 0 Jamais

3. Est-ce que votre partenaire a un problème d'érection qui affecte votre vie sexuelle?
 - 0 Toujours
 - 1 Souvent
 - 2 Parfois
 - 3 Rarement
 - 4 Jamais

4. Est-ce que votre partenaire a un problème d'éjaculation précoce qui affecte votre vie sexuelle?
 - 0 Toujours
 - 1 Souvent
 - 2 Parfois
 - 3 Rarement
 - 4 Jamais

5. Avez-vous un ou des orgasme(s) lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire?
 - 4 Toujours
 - 3 Souvent
 - 2 Parfois
 - 1 Rarement
 - 0 Jamais

6. Avez-vous un ou des orgasme(s) lorsque votre partenaire vous caresse?
 - 4 Toujours
 - 3 Souvent
 - 2 Parfois
 - 1 Rarement
 - 0 Jamais

7. Avez-vous remarqué l'une des sensations suivantes lorsque vous avez une relation sexuelle avec votre partenaire: votre fréquence respiratoire et votre pouls s'accélèrent; votre vagin est humide; vous ressentez des sensations agréables au niveau des seins et du sexe?
 - 4 Toujours

- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Jamais

8. Vous sentez-vous sexuellement excitée lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire?

- 4 Toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Jamais

9. Quand avez-vous des désirs sexuels? Cette sensation peut inclure vouloir avoir une relation sexuelle, prévoir une relation sexuelle, se sentir frustrée de ne pas avoir une relation sexuelle et ainsi de suite.

- 4 Une fois par jour
- 3 Une fois par semaine
- 2 Une fois par mois
- 1 Moins d'une fois par mois
- 0 Jamais

10. Avez-vous mal lors de vos rapports sexuels?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

11. Sentez-vous que votre vagin est tellement sec que le rapport sexuel en devient impossible?

- 0 Extrêmement sec
- 1 Assez sec
- 2 Un peu sec
- 3 Pas très sec
- 4 Pas sec du tout

12. Est-ce que l'entrée de votre vagin est tellement étroite qu'elle empêche le rapport sexuel?

- 0 Très étroite
- 1 Assez étroite
- 2 Un peu étroite
- 3 Pas très étroite
- 4 Pas étroite du tout

13. Votre partenaire se plaint-il que votre vagin soit trop étroit?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

14. Evitez-vous les rapports sexuels par ce que votre vagin est trop court?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

15. Evitez-vous les rapports sexuels par ce que vous avez une boule ou quelque chose qui descend au niveau du vagin?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

16. Avez-vous des rapports anaux ou oraux par ce que les rapports vaginaux sont inconfortables pour une quelconque raison?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

17. Avez-vous des fuites d'urines lors des rapports sexuels?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

18. Avez-vous des pertes fécales lors des rapports sexuels?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

19. Est-ce que la peur d'avoir des fuites (d'urine ou fécale) restreint votre activité sexuelle?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

20. Est-ce que la peur d'avoir honte à cause des fuites restreint votre activité sexuelle?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

21. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfaite de vos rapports sexuels avec votre partenaire?

- 4 Toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Jamais

22. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre partenaire est satisfait de rapports sexuels avec vous?

- 4 Toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Jamais

23. Êtes-vous satisfaite de la variété des habitudes sexuelles que vous pratiquez?

- 4 Toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Jamais

24. Lorsque vous avez des rapports sexuels avec votre partenaire, vous arrive-t-il d'avoir des sensations négatives telles que la peur, le dégoût, la honte ou la culpabilité?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

25. Est-ce que vous vous sentez satisfaite après un rapport sexuel?

- 4 Toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Jamais

26. Arrivez-vous à avoir un orgasme?

- 4 Toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Jamais

27. Si vous comparez les orgasmes que vous avez eut dans les six derniers mois, quelle est leur intensité par rapport à ceux que vous aviez au paravent?

- 4 Beaucoup moins intenses
- 3 Moins intenses
- 2 De même intensité
- 1 Plus intenses
- 0 Beaucoup plus intenses

28. Compléter la phrase suivante: Dans notre couple, c'est..... moi qui engage les préliminaires qui vont aboutir au rapport sexuel.

- 4 Toujours
- 3 Souvent
- 2 Parfois
- 1 Rarement
- 0 Jamais

29. Evitez-vous les rapports sexuels à cause d'une sensation de honte?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

30. Pensez-vous que votre partenaire évite les rapports sexuels avec vous à cause de vos problèmes?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

31. Pensez-vous que les traitements comme l'Enantone® ou le Décapeptyl® ont un retentissement sur votre sexualité ?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

32. Vous a-t-on prescrit un médicament pour diminuer les bouffées de chaleur et/ou la sécheresse vaginale dues à ces traitements ?

- 0 Toujours
- 1 Souvent
- 2 Parfois
- 3 Rarement
- 4 Jamais

• Si vous deviez évaluer la gêne, dans votre sexualité, due à votre endométriose, de 0 à 10 (0 étant pas de gêne et 10 beaucoup de gêne), quelle serait votre réponse?