

Annexe 1 Questionnaire sur la qualité de vie – Ophtalmopathie thyroïdienne (GO-QOL)

Les questions suivantes ne concernent que la maladie de vos yeux (ophtalmopathie thyroïdienne).

Lorsque vous répondez aux questions, pensez à la dernière semaine.

Pendant la dernière semaine, à quel point étiez-vous limité(e) dans les activités suivantes en raison de l'ophtalmopathie thyroïdienne?

Cochez la case qui correspond à votre réponse. Les cases correspondent aux réponses qui se trouvent au-dessus d'elles. Cochez une seule case pour chaque question.

	Oui, très limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas limité(e) du tout
1. Faire du vélo [je n'ai jamais appris à faire du vélo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Conduire une voiture [je n'ai pas de permis de conduire <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Se déplacer dans et à l'extérieur de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Marcher à l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Loisir/passe-temps favori, par exemple :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui, très limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas limité(e) du tout
8. Pendant la dernière semaine, vous êtes-vous senti(e) limité(e) dans l'accomplissement d'une activité que vous souhaitiez faire à cause de l'ophtalmopathie thyroïdienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes concernent l'ophtalmopathie thyroïdienne en général.

	Oui, beaucoup	Oui, un peu	Non, pas du tout
9. Est-ce que vous avez l'impression que votre apparence a changé à cause de l'ophtalmopathie thyroïdienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous l'impression qu'on vous regarde instamment dans la rue à cause de l'ophtalmopathie thyroïdienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous l'impression que les gens expriment des sentiments négatifs à cause de l'ophtalmopathie thyroïdienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous l'impression que l'ophtalmopathie thyroïdienne influence votre estime personnelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous l'impression que l'ophtalmopathie thyroïdienne affecte votre capacité de vous faire de nouveaux amis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Avez-vous l'impression d'être socialement isolé(e) à cause de votre ophtalmopathie thyroïdienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous l'impression d'apparaître moins souvent sur des photos qu'avant votre ophtalmopathie thyroïdienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Essayez-vous de « camoufler » votre apparence à cause de l'ophtalmopathie thyroïdienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>