Score HSF-30

Pour toutes les questions, veuillez répondre selon votre gêne :

0=jamais

1=rarement

2=parfois

3=souvent

4=toujours.

Mobilité :

1.Avez-vous eu des difficultés pour réaliser vos loisirs ?

2. Avez-vous eu des difficultés pour entretenir votre maison ?

3. Avez-vous eu des difficultés pour travailler ?

4. Avez-vous eu des difficultés pour conduire ?

5. Avez-vous eu des difficultés pour traverser la route ?

Activité de la vie quotidienne :

6. Avez-vous eu des difficultés pour lire ?

7. Avez-vous eu des difficultés pour regarder la télévision ou un film ?

8. Avez-vous eu des difficultés pour utiliser votre ordinateur ?

9. Avez-vous eu des difficultés pour écrire ?

10. Avez-vous eu des difficultés pour accomplir des tâches ménagères ?

Bien-être émotionnel et psychique :

11. Vous êtes-vous senti déprimé ?

12. Vous êtes-vous senti au bord des larmes ou avez pleuré ?

13. Vous êtes-vous senti en colère ou énervé ?

14. Avez-vous eu peur de devenir aveugle ?

15. Avez-vous eu peur de vous faire soigner ?

16. Avez-vous eu peur de faire un AVC ?

17. Avez-vous eu peur de perdre votre travail ?

Stigmatisation/Dévalorisation :

18. Avez-vous évité le contact visuel ?

19. Avez-vous évité de manger et boire en public ?

20. Vous êtes-vous senti gêné par votre état ?

21. Avez-vous été inquiet de la réaction des autres à votre égard ?

Environnement social :

22. Avez-vous eu des difficultés dans vos relations intimes ?

|23. Vous n'avez pas eu de soutien de votre conjoint ?

24. Vous n'avez pas eu de soutien de votre famille ou de vos amis ?

Cognition :

25. Avez-vous eu des problèmes de concentration ?

26. Avez-vous eu des problèmes de maux de tête ?

27. Avez-vous eu des problèmes de vertiges ?

Communication :

28. Avez-vous eu des difficultés pour parler ?

29. Vous êtes-vous senti incapable de communiquer correctement ?

30. Vous êtes-vous senti négligé / ignoré par les autres ?

**SCORE \_\_ / 120**