**Echelle de qualité de vie :**

**Ou situez-vous vos possibilités physiques ?**

|  |
| --- |
| 0 5 10 |
|  |  |  |  |  |  |

 Très mauvaises Très bonnes

**Ou situez-vous l’importance de votre soufflement ?**

|  |
| --- |
| 0 5 10 |
|  |  |  |  |  |

 Très essoufflé Pas essoufflé

**Ou situez-vous l’importance de votre état d’anxiété ?**

|  |
| --- |
| 0 5 10 |
|  |  |  |  |  |

 Très important Nul

**Ou situez-vous votre sensation de bien-être ?**

|  |
| --- |
| 0 5 10 |
|  |  |  |  |  |

 Très mauvaise Très bonne

**La qualité de votre sommeil est :**

|  |
| --- |
| 0 5 10 |
|  |  |  |  |  |

 Très mauvaise Très bonne

***Selon l’échelle de Grobois***