

# Questionnaire destiné aux patients

Nom du patient \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

## Symptômes :

- 1 Souffrez-vous d'essoufflements?**  
 Jamais     Parfois     La plupart du temps     Tout le temps

---

- 2 Si « Oui », quel niveau d'activité déclenche vos essoufflements?**  
 Escalier sur deux étages (20 pas)     Escalier sur un étage (10 pas)     Déplacements chez vous  
 Au repos     Sans objet

---

- 3 Souffrez-vous d'enflures (rétention d'eau) dans les jambes ou d'autres régions du corps (taille, mains)?**  
 Jamais     Parfois     La plupart du temps     Tout le temps

---

- 4 Devez-vous soulever votre tête pour respirer correctement quand vous dormez?**  
 Jamais     Parfois     La plupart du temps     Tout le temps

---

- 5 Si « Oui », combien d'oreillers utilisez-vous (à quelle hauteur soulevez-vous votre tête)?**  
 2 oreillers     3 oreillers     4 oreillers  
 La tête complètement droite (par exemple, dans un fauteuil)     Sans objet

---

- 6 Vous réveillez-vous au milieu de la nuit, parce que vous n'arrivez plus à respirer?**  
 Jamais     Parfois     La plupart du temps     Tout le temps

---

- 7 Avez-vous des douleurs dans la poitrine?**  
 Jamais     Parfois     La plupart du temps     Tout le temps

---

- 8 Vous sentez-vous facilement rassasié(e)/ballonné(e) après les repas?**  
 Jamais     Parfois     La plupart du temps     Tout le temps

**Suite »**

## Symptômes : (suite)

- 9 Vous arrive-t-il de vous sentir extrêmement fatigué(e) ou léthargique?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 10 Avez-vous des vertiges ou des évanouissements lorsque vous vous levez/ou en marchant?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 11 Vous est-il déjà arrivé de vous évanouir (perte de conscience)?  
 Non  Oui
- 
- 12 Vous arrive-t-il d'avoir des palpitations/le cœur qui bat très vite?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 13 Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs abdominales (mal au ventre)?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 14 Vous arrive-t-il d'être constipé(e)?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 15 Vous arrive-t-il d'avoir des diarrhées/selles molles ou liquides?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 16 Vous arrive-t-il d'avoir la vision trouble (même avec une correction comme le port de lunettes ou de verres de contact)?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 17 Souffrez-vous d'un dysfonctionnement sexuel?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 18 Êtes-vous incapable de différencier le chaud du froid (par exemple, lorsque vous entrez dans la douche ou le bain)?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 19 Vous arrive-t-il de ne pas transpirer, même quand vous avez chaud?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 
- 20 Ressentez-vous des sensations d'engourdissement, de picotement, de brûlure ou de fourmillement dans les mains ou les pieds?  
 Jamais  Parfois  La plupart du temps  Tout le temps
- 

Suite »

## Symptômes : (suite)

21 Avez-vous des problèmes d'équilibre (par exemple, dans la douche ou la nuit ou à d'autres moments)?

- Jamais     Parfois     La plupart du temps     Tout le temps
- 

22 Avez-vous connu une perte de poids inexplicée?

- Non     Oui
- 

23 Avez-vous besoin d'aide pour marcher ou vous déplacer?

- Non     Canne     Déambulateur     Fauteuil roulant
- 

24 Vous arrive-t-il d'avoir des engourdissements dans une main ou un bras la nuit, ou d'avoir l'impression qu'ils sont « endormis » ou « morts »?

- Jamais     Parfois     La plupart du temps     Tout le temps
- 

## Antécédents médicaux :

25 Avez-vous des antécédents d'insuffisance cardiaque?

- Non     Oui
- 

26 Avez-vous des antécédents de fibrillation auriculaire ou de flutter auriculaire (battements de cœur irréguliers ou cœur qui bat très vite)?

- Non     Oui
- 

27 Portez-vous un stimulateur cardiaque?

- Non     Oui
- 

28 Avez-vous ou avez-vous déjà eu une sténose de la valvule aortique (sténose aortique)?

- Non     Oui
- 

29 Avez-vous déjà subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT, ou mini-AVC)?

- Non     Oui
- 

30 Avez-vous déjà souffert d'un syndrome du canal carpien?

- Non     Oui
- 

**Suite »**

## Antécédents médicaux : (suite)

**31** Avez-vous déjà reçu un diagnostic de neuropathie?

- Non  Oui
- 

**32** Avez-vous ou avez-vous déjà eu une sténose spinale (lombaire, cervicale ou autre)?

- Non  Oui
- 

## Antécédents familiaux :

**33** Avez-vous des antécédents familiaux d'amylose?

- Non  Oui
- 

**34** Si « Oui », connaissez-vous le type d'amylose dont le membre de votre famille était atteint?

- Amylose cardiaque à chaînes légères (AL)  Amylose à transthyrétine (ATTR) sénile (liée à l'âge)  
 ATTR héréditaire (liée à une mutation, ou familiale)  Incertain  Aucun de ces types
- 

**35** Quelle est l'origine ethnique de votre famille?

- Scandinave  Asiatique  Portugaise ou Sud-européenne  
 Britannique  Afro-caribéenne  Sud-américaine  
 Autre \_\_\_\_\_  Préfère ne pas répondre
- 

