

Questionnaire destiné aux patients (général)

Nom du patient _____ Date _____ / _____ / _____
(jj/mm/aaaa)

Symptômes :

1 Vous sentez-vous facilement rassasié(e)/ballonné(e) après les repas?

Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

2 Vous arrive-t-il de vous sentir extrêmement fatigué(e) ou léthargique?

Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

3 Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs abdominales (mal au ventre)?

Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

4 Vous arrive-t-il d'être constipé(e)?

Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

5 Vous arrive-t-il d'avoir des diarrhées/selles molles ou liquides?

Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

6 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

7 Souffrez-vous d'un dysfonctionnement sexuel?

Jamais Parfois La plupart du temps Tout le temps

8 Avez-vous connu une perte de poids inexplicquée?

Non Oui

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

Non Canne Déambulateur Fauteuil roulant

[Suite »](#)

Antécédents familiaux :

10 Avez-vous des antécédents familiaux d'amylose?

- Non Oui
-

11 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
-

12 Quelle est l'origine ethnique de votre famille?

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

