

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

Auto Questionnaire de Qualité de vie Enfant Imagé (AUQUEI)

Ce questionnaire est imagé, il propose un item par page (parmi les 26 items), chaque page contient un dessin se rapportant à la question, les paliers de réponse sont au nombre de 4, et sont représentés par des visages (figure 2 : question type). L'enfant devra, pour chaque item, cocher le visage correspondant le mieux à son ressenti. L'examen débutera toujours par la présentation à l'enfant de la question initiale (figure 1)

Quelques fois...	Tu n'es pas content du tout	Tu n'es pas content	Tu es content	Tu es très content
Item 1 : à table				
A table avec ta famille				
Item 2 : le soir				
Le soir quand tu vas te coucher				
Item 3 : frères et sœurs				
Quand tu joues avec tes frères et sœurs				
Item 4 : la nuit				
La nuit quand tu dors				
Item 5 : classe				
En classe				
Item 6 : photo				
Quand tu te vois en photo				
Item 7 : récréation				
A la récréation				
Item 8 : consultation				
Quand tu viens voir le docteur en consultation				
Item 9 : sport				
Quand tu fais du sport				
Item 10 : papa				
Quand tu penses à ton papa				
Item 11 : anniversaire				
Le jour de ton anniversaire				
Item 12 : devoirs				
Quand tu fais tes devoirs à la maison				
Item 13 : maman				
Quand tu penses à ta maman				
Item 14 : hôpital				
Quand tu restes à l'hôpital				
Item 15 : jouer seul(e)				
Quand tu joues seul(e)				

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

Item 16 : parents parlent				
Quand ta maman et ton papa parlent de toi				
Item 17 : dors ailleurs				
Quand tu dors ailleurs que chez toi				
Item 18 : sais faire				
Quand on te demande de montrer ce que tu sais faire				
Item 19 : copains parlent				
Quand tes copains parlent de toi				
Item 20 : médicaments				
Quand tu prends tes médicaments				
Item 21 : vacances				
Pendant les vacances				
Item 22 : grand				
Quand tu penses à l'âge où tu seras grand				
Item 23 : loin				
Quand tu es loin de ta famille				
Item 24 : notes				
Quand tu reçois tes notes à l'école				
Item 25 : grands-parents				
Quand tu es avec tes grands-parents				
Item 26 : télévision				
Quand tu regardes la télévision				

Nom du patient :
Prénom :

Date de naissance :/...../.....
Date de l'examen :/...../.....

item 1



item 2



item 3



item 4



Nom du patient :
Prénom :

Date de naissance :/...../.....
Date de l'examen :/...../.....

item 5



item 6



item 7



item 8



Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

item 9



item 10



item 11



item 12



Nom du patient :
Prénom :

Date de naissance :/...../.....
Date de l'examen :/...../.....

item 13



item 14



item 15



item 16



Nom du patient :
Prénom :

Date de naissance :/...../.....
Date de l'examen :/...../.....

item 17



item 18



item 19



item 20



Nom du patient :
Prénom :

Date de naissance :/...../.....
Date de l'examen :/...../.....

item 21



item 22



item 23



item 24



Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

item 25



item 26

