Score d'Image Corporelle à Quatre Dimensions pour les femmes suivies pour Cancers gynécologiques et mammaires 4D-BISC

1. **Êtes-vous préoccupée par les changements physiques causés par votre maladie ou son traitement ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

2. **Avez-vous du mal à accepter votre apparence physique depuis votre diagnostic ou traitement ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

3. **Évitez-vous de regarder votre corps à cause des changements physiques (cicatrices, perte de cheveux, etc.) ?**

   o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

4. **Vous sentez-vous moins attirante qu'avant votre diagnostic ou traitement ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

5. **Avez-vous l'impression que votre corps est moins fort ou moins capable qu'avant ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

6. **Éprouvez-vous des difficultés à vous montrer en public à cause de votre apparence physique ?**
   o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

7. **Avez-vous l'impression que les autres vous regardent ou vous jugent plus qu'avant votre diagnostic à cause de votre apparence ?**

   o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

8. **Votre image corporelle affecte-t-elle votre participation à des activités sociales (rencontres, sorties, etc.) ?**

   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

9. **Vos changements physiques ont-ils affecté votre désir sexuel ?**
   o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

10. **Vous sentez-vous gênée par les changements physiques (cicatrices, stoma, perte de cheveux) lors des relations intimes ?**

    o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

11. **Avez-vous des difficultés à vous sentir désirable pour votre partenaire ?**

    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

12. **Votre image corporelle affecte-t-elle votre satisfaction dans vos relations intimes ?**

    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

13. **Votre image corporelle affecte-t-elle votre confiance en vous ?**
    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

14. **Vous sentez-vous anxieuse ou déprimée à cause des changements physiques liés à votre maladie ou traitement ?**

    o Jamais (0) o Parfois (1) o Souvent (2) o Toujours (3)

15. **Avez-vous l'impression que votre qualité de vie a été affectée par les changements de votre apparence physique ?**

    o Pas du tout (0) o Un peu (1) o Modérément (2) o Beaucoup (3)

16. **Quels types de soutien souhaiteriez-vous recevoir pour améliorer votre image corporelle ? (Plusieurs réponses possibles)**

Type de soutien souhaité	**Cochez si applicable**
Soutien psychologique	☐
Conseils en maquillage médical	☐
Ateliers sur l'image corporelle	☐
Groupes de parole	☐
Autre (précisez) :……	