Item Library Version 1.1

Please answer the following questions:

Veuillez répondre aux questions suivantes :

1. PRO-CTCAE® Symptom Term: Dry mouth
SÉCHERESSE DE LA BOUCHE
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>bouche sèche</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point sa <u>bouche sèche</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
2. PRO-CTCAE® Symptom Term: Difficulty swallowing
DIFFICULTÉ À AVALER
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>difficultés à avaler</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère

Ped-PRO-CTCAE® [Caregiver] was initially developed with funding from the National Cancer Institute (R01-CA-175759 PIs: Hinds and Reeve) and is subject to NCI's Terms of Use.

Item Library Version 1.1

3. PRO-CTCAE® Symptom Term: Mouth/throat pain		
PLAIES À LA BOUCHE/GORGE		
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il eu des douleurs dans la bouche ou la gorge ?		
O Jamais		
O Parfois		
O Souvent		
O Presque tout le temps		
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>douleurs dans la bouche ou la gorge</u> de votre enfant ?		
O Aucune		
O Légère		
O Sévère		
O Très sévère		
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point les <u>douleurs dans sa bouche ou sa gorge</u> ont-elles empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?		
O Pas du tout		
O Un peu		
O Beaucoup		
O Énormément		

Item Library Version 1.1

4. PRO-CTCAE® Symptom Term: Voice quality changes		
ALTÉRATIONS DE LA QUALITÉ DE LA VOIX		
a. Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il eu des <u>changements dans la voix</u> de votre enfant ?		
O Non		
O Oui		
O Je ne sais pas		
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point les <u>changements dans sa voix</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?		
O Pas du tout		
O Un peu		
O Beaucoup		
O Énormément		

Item Library Version 1.1

5. PRO-CTCAE® Symptom Term: Hoarseness
ENROUEMENT
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu la voix enrouée (cassée)?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>voix enrouée (cassée)</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point sa <u>voix enrouée (cassée)</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

6. PRO-CTCAE® Symptom Term: Sore throat
MAL DE GORGE
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité du mal de gorge de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point son mal de gorge a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
7. PRO-CTCAE® Symptom Term: Taste changes
ALTÉRATIONS DU GOÛT
 a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle trouvé que <u>la nourriture et les boissons avaient un goût</u> <u>différent</u> de d'habitude ?
O Non
O Oui
O Je ne sais pas
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait que <u>la nourriture et les boissons aient un goût différent</u> a-t-il empêché votre enfant de manger ce qu'il/elle mange d'habitude ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Ped-PRO-CTCAE® [Caregiver] was initially developed with funding from the National Cancer Institute (R01-CA-175759 Pls: Hinds and Reeve) and is subject to NCI's Terms of Use.

Item Library Version 1.1

8. PRO-CTCAE® Symptom Term: Decreased appetite
DIMINUTION DE L'APPÉTIT
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant n'a-t-il/elle pas voulu manger ses repas ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps

Ped-PRO-CTCAE® [Caregiver] was initially developed with funding from the National Cancer Institute (R01-CA-175759 Pls: Hinds and Reeve) and is subject to NCI's Terms of Use.

Item Library Version 1.1

9. PRO-CTCAE® Symptom Term: Nausea
NAUSÉES
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu <u>envie de vomir (nausées)</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de <u>l'envie de vomir (nausées)</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point son <u>envie de vomir (nausées)</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

10. PRO-CTCAE® Symptom Term: Vomiting		
VOMISSEMENTS		
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle vomi ?		
O Jamais		
O Parfois		
O Souvent		
O Presque tout le temps		
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>vomissements</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?		
O Pas du tout		
O Un peu		
O Beaucoup		
O Énormément		

Item Library Version 1.1

11. PRO-CTCAE® Symptom Term: Heartburn		
BRÛLURES D'ESTOMAC		
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle éprouvé une <u>sensation de brûlure dans la poitrine (aigreurs d'estomac)</u> ?		
O Jamais		
O Parfois		
O Souvent		
O Presque tout le temps		
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>sensation de brûlure dans la poitrine (aigreurs d'estomac) de votre enfant</u> ?		
O Aucune		
O Légère		
O Sévère		
O Très sévère		
12. PRO-CTCAE® Symptom Term: Gas		
GAZ		
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle eu <u>plus de gaz que d'habitude</u> ?		
O Non		
O Oui		
O Je ne sais pas		
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait d'avoir eu <u>plus de gaz que d'habitude</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?		
O Pas du tout		
O Un peu		
O Beaucoup		
O Énormément		

Ped-PRO-CTCAE® [Caregiver] was initially developed with funding from the National Cancer Institute (R01-CA-175759 Pls: Hinds and Reeve) and is subject to NCI's Terms of Use.

Item Library Version 1.1

13. PRO-CTCAE® Symptom Term: Bloating		
BALLONNEMENTS		
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle eu <u>un ventre plus gros que d'habitude</u> ?		
O Non		
O Oui		
O Je ne sais pas		
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait d'avoir <u>un ventre plus gros que d'habitude</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?		
O Pas du tout		
O Un peu		
O Beaucoup		
O Énormément		
14. PRO-CTCAE® Symptom Term: Hiccups		
HOQUET		
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu le <u>hoquet</u> ?		
O Jamais		
O Parfois		
O Souvent		
O Presque tout le temps		
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité du <u>hoquet</u> de votre enfant ?		
O Aucune		
O Légère		
O Sévère		
O Très sévère		

Ped-PRO-CTCAE® [Caregiver] was initially developed with funding from the National Cancer Institute (R01-CA-175759 PIs: Hinds and Reeve) and is subject to NCI's Terms of Use.

Item Library Version 1.1

15. PRO-CTCAE® Symptom Term: Constipation		
CONSTIPATION		
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu des <u>problèmes pour faire caca</u> ?		
O Jamais		
O Parfois		
O Souvent		
O Presque tout le temps		
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>problèmes pour faire caca</u> de votre enfant ?		
O Aucune		
O Légère		
O Sévère		
O Très sévère		
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>problèmes pour faire caca</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?		
O Pas du tout		
O Un peu		
O Beaucoup		
O Énormément		

Item Library Version 1.1

16. PRO-CTCAE® Symptom Term: Diarrhea		
DIARRHÉE		
a. Au cours des 7 dernie	rs jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle fait des <u>cacas mous ou liquides</u> ?	
O Jamais		
O Parfois		
O Souvent		
O Presque tout le temps	S	
	rs jours, à quel point le fait de faire des <u>cacas mous ou liquides</u> a-t-il empêché votre enfant il/elle fait habituellement ?	
O Pas du tout		
O Un peu		
O Beaucoup		
O Énormément		

Item Library Version 1.1

17. PRO-CTCAE® Symptom Term: Abdominal pain
DOULEUR ABDOMINALE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu des maux de ventre ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>maux de ventre</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>maux de ventre</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

18. PRO-CTCAE® Symptom Term: Fecal incontinence
INCONTINENCE FÉCALE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant s'est-t-il/elle fait caca dessus par accident ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le <u>fait de se faire caca dessus par accident</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

19. PRO-CTCAE® Symptom Term: Shortness of breath
ESSOUFFLEMENT
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il eu des difficultés à respirer (essoufflement)?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des difficultés à respirer (essoufflement) de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point <u>ses difficultés à respirer (essoufflement)</u> ont-elles empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

20. PRO-CTCAE® Symptom Term: Cough
TOUX
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle toussé?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>toux</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point sa <u>toux</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

21. PRO-CTCAE® Symptom Term: Wheezing
SIFFLEMENT
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>respiration sifflante (un sifflement dans sa poitrine lorsqu'il/elle respire)</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point sa <u>respiration sifflante (un sifflement dans sa poitrine lorsqu'il/elle respire)</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
22. PRO-CTCAE® Symptom Term: Sneezing
ÉTERNUEMENTS
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>éternuements</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère

Item Library Version 1.1

23. PRO-CTCAE® Symptom Term: Swelling
GONFLEMENT
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>boursouflure (gonflement) au niveau des bras, des</u> <u>mains, des jambes ou des pieds de votre enfant</u> ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point la <u>boursouflure (gonflement) au niveau de ses bras, ses mains, ses jambes ou ses pieds</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

24. PRO-CTCAE® Symptom Term: Heart palpitations
PALPITATIONS DU CŒUR
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu des palpitations au cœur ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>palpitations au cœur</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
25. PRO-CTCAE® Symptom Term: Skin dryness
SÉCHERESSE DE LA PEAU
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle eu la <u>peau sèche</u> ?
O Non
O Oui
O Je ne sais pas

Item Library Version 1.1

26. PRO-CTCAE® Symptom Term: Acne
ACNÉ
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>boutons</u> (bosses sur le visage ou la poitrine) de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
27. PRO-CTCAE® Symptom Term: Hair loss
PERTE DE CHEVEUX
a. Au cours des 7 derniers jours, les <u>cheveux de votre enfant sont-ils tombés</u> ?
O Non
O Oui
O le ne sais nas

Item Library Version 1.1

28. PRO-CTCAE® Symptom Term: Itching
DÉMANGEAISONS
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>démangeaisons</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>démangeaisons</u> ont-elles empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
29. PRO-CTCAE® Symptom Term: Hives
URTICAIRE
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle eu des <u>boutons rouges qui le démangeaient sur la peau</u> ?
O Non
O Oui
O Je ne sais pas

Item Library Version 1.1

30. PRO-CTCAE® Symptom Term: Sensitivity to sunlight
SENSIBILITÉ À LA LUMIÈRE DU SOLEIL
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle <u>attrapé des coups de soleil plus facilement</u> ?
O Non
O Oui
O Je ne sais pas
31. PRO-CTCAE® Symptom Term: Skin ulceration
ULCÉRATIONS DE LA PEAU
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle eu des <u>plaies ouvertes ou des rougeurs sur la peau</u> ?
O Non
O Oui
O Je ne sais pas

Item Library Version 1.1

32. PRO-CTCAE® Symptom Term: Numbness & tingling
ENGOURDISSEMENTS ET FOURMILLEMENTS
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>sensation d'engourdissement ou de picotements dans</u> <u>les mains ou les pieds</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point la <u>sensation d'engourdissement ou de picotements dans les mains ou les pieds de votre enfant</u> l'a-t-elle empêché(e) de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

33. PRO-CTCAE® Symptom Term: Dizziness
VERTIGES
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>étourdissements</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>étourdissements</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
34. PRO-CTCAE® Symptom Term: Blurred vision
VISION TROUBLE
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle vu flou (eu une vision trouble) ?
O Non
O Oui
O Je ne sais pas
O de ne sais pas
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait de <u>voir flou (avoir une vision trouble)</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Ped-PRO-CTCAE® [Caregiver] was initially developed with funding from the National Cancer Institute (R01-CA-175759 Pls: Hinds and Reeve) and is subject to NCI's Terms of Use.

Item Library Version 1.1

35. PRO-CTCAE® Syn	nptom Term: Flashing lights
LUMIÈRES CLIGNOTANTE	ES
a. Au cours des 7 derni même lorsque ses ye	ers jours, votre enfant a-t-il/elle <u>vu des éclairs ou des étincelles de lumière qui étaient là eux étaient fermés</u> ?
O Jamais	
O Parfois	
O Souvent	
O Presque tout le tem	ps
	ers jours, à quel point le fait de <u>voir des éclairs ou des étincelles de lumière qui étaient là eux étaient fermés</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait
O Pas du tout	
O Un peu	
O Beaucoup	
O Énormément	

Item Library Version 1.1

36. PRO-CTCAE® Symptom Term: Watery eyes
YEUX LARMOYANTS
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu les <u>yeux larmoyants (qui pleurent)</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>yeux larmoyants (qui pleurent)</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>yeux larmoyants (qui pleurent)</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

37. PRO-CTCAE® Symptom Term: Ringing in ears	
BOURDONNEMENT DANS LES OREILLES	
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>tintements ou bourdonnements dans les oreilles de votre enfant</u> ?	
O Aucune	
O Légère	
O Sévère	
O Très sévère	
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point les <u>tintements ou bourdonnements dans les oreilles de votre enfant</u> l'ont-ils empêché(e) de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?	
O Pas du tout	
O Un peu	
O Beaucoup	
O Énormément	

Item Library Version 1.1

38. PRO-CTCAE® Symptom Term: Dry eyes	
YEUX SECS	
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu les <u>yeux secs</u> ?	
O Jamais	
O Parfois	
O Souvent	
O Presque tout le temps	
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>yeux secs</u> de votre enfant ?	
O Aucune	
O Légère	
O Sévère	
O Très sévère	
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>yeux secs</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?	
O Pas du tout	
O Un peu	
O Beaucoup	
O Énormément	

Item Library Version 1.1

39. PRO-CTCAE® Symptom Term: Concentration	
CONCENTRATION	
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>problèmes d'attention de votre enfant (par exemple, pour se concentrer devant la télévision, lire ou faire ses devoirs)</u> ?	
O Aucune	
O Légère	
O Sévère	
O Très sévère	
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>problèmes d'attention (par exemple, pour se concentrer devant la télévision, lire ou faire ses devoirs)</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?	
O Pas du tout	
O Un peu	
O Beaucoup	
O Énormément	

Item Library Version 1.1

40. PRO-CTCAE® Symptom Term: Memory	
MÉMOIRE	
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>difficultés</u> de votre enfant <u>à se souvenir des choses</u> ?	
O Aucune	
O Légère	
O Sévère	
O Très sévère	
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait <u>d'oublier des choses</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?	
O Pas du tout	
O Un peu	
O Beaucoup	
O Énormément	

Item Library Version 1.1

41. PRO-CTCAE® Symptom Term: General pain	
DOULEUR GÉNÉRALE	
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu des <u>douleurs</u> ?	
O Jamais	
O Parfois	
O Souvent	
O Presque tout le temps	
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>douleurs</u> de votre enfant ?	
O Aucune	
O Légère	
O Sévère	
O Très sévère	
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>douleurs</u> ont-elles empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?	
O Pas du tout	
O Un peu	
O Beaucoup	
O Énormément	

Item Library Version 1.1

42. PRO-CTCAE® Symptom Term: Headache
MAUX DE TÊTE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu mal à la tête?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité du <u>mal à la tête</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le <u>mal à la tête</u> de votre enfant l'a-t-il/elle empêché(e) de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

43. PRO-CTCAE® Symptom Term: Muscle pain
DOULEUR MUSCULAIRE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu des <u>douleurs musculaires</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>douleurs musculaires</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point les <u>douleurs musculaires</u> de votre enfant l'ont-elles empêché(e) de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

44. PRO-CTCAE® Symptom Term: Joint pain	
DOULEUR ARTICULAIRE	
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu des <u>douleurs dans une partie du corps</u> <u>pouvant être pliée (comme ses genoux, chevilles, épaules ou doigts)</u> ?	
O Jamais	
O Parfois	
O Souvent	
O Presque tout le temps	
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>douleurs dans une partie du corps de votre enfant</u> <u>pouvant être pliée (comme ses genoux, chevilles, épaules ou doigts)</u> ?	
O Aucune	
O Légère	
O Sévère	
O Très sévère	
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point les <u>douleurs dans une partie du corps de votre enfant pouvant être pliée (comme ses genoux, chevilles, épaules ou doigts)</u> l'ont-elles empêché(e) de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?	
O Pas du tout	
O Un peu	
O Beaucoup	
O Énormément	

Item Library Version 1.1

45. PRO-CTCAE® Symptom Term: Insomnia
INSOMNIE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu des <u>problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e))</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e))</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e))</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

46. PRO-CTCAE® Symptom Term: Fatigue	
FATIGUE	
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la sensation de fatigue de votre enfant ?	
O Aucune	
O Légère	
O Sévère	
O Très sévère	
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point sa <u>sensation de fatigue</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?	
O Pas du tout	
O Un peu	
O Beaucoup	
O Énormément	

Item Library Version 1.1

47. PRO-CTCAE® Symptom Term: Anxious
ANXIÉTÉ
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle été inquiet(-ète) ou nerveux(-se)?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>sentiments d'inquiétude ou de nervosité</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait d'être <u>inquiet(-ète) ou nerveux(-se)</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

48. PRO-CTCAE® Symptom Term: Sad
TRISTESSE
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>sentiments de tristesse ou de mécontentement</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>sentiments de tristesse ou de mécontentement</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
49. PRO-CTCAE® Symptom Term: Suicidal ideation
IDÉES SUICIDAIRES
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle songé à se faire du mal ?
O Non
O Oui

Item Library Version 1.1

50. PRO-CTCAE® Symptom Term: Painful urination
MICTION DOULOUREUSE
a. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de <u>la douleur ou la sensation de brûlure ressentie en faisant pipi</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point <u>la douleur ou de la sensation de brûlure ressentie en faisant pipi</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

51. PRO-CTCAE® Symptom Term: Urinary urgency
URGENCE URINAIRE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu <u>l'impression de ne pas pouvoir se</u> retenir de faire pipi ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point <u>l'impression de ne pas pouvoir se retenir de faire pipi</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

52. PRO-CTCAE® Symptom Term: Urinary frequency
FRÉQUENCE URINAIRE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle dû <u>uriner plus que d'habitude</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait de <u>devoir uriner plus que d'habitude</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
53. PRO-CTCAE® Symptom Term: Change in usual urine color
ALTÉRATION DE LA COULEUR HABITUELLE DE L'URINE
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle eu un changement dans la couleur de son pipi?
O Non
O Oui
O Je ne sais pas

Item Library Version 1.1

54. PRO-CTCAE® Symptom Term: Urinary incontinence
INCONTINENCE URINAIRE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant s'est-t-il/elle fait pipi dessus par accident ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le <u>fait de se faire pipi dessus par accident</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
55. PRO-CTCAE® Symptom Term: Bruising
ECCHYMOSES
a. Au cours des 7 derniers jours, votre enfant a-t-il/elle eu <u>facilement des bleus (apparition de marques noires et bleues sur la peau)</u> ?
O Non
O Oui
O Je ne sais pas

Item Library Version 1.1

56. PRO-CTCAE® Symptom Term: Chills
FRISSONS
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu des grands frissons ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des grands frissons de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère

Item Library Version 1.1

57. PRO-CTCAE® Symptom Term: Increased sweating
AUGMENTATION DE LA TRANSPIRATION
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle <u>transpiré plus que d'habitude ou</u> <u>transpiré sans raison</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>transpiration plus importante que d'habitude ou de la transpiration sans raison</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait de <u>transpirer plus que d'habitude ou de transpirer sans raison</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

58. PRO-CTCAE® Symptom Term: Hot flashes
BOUFFÉES DE CHALEUR
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle ressenti une <u>sensation de chaleur</u> <u>soudaine (bouffées de chaleur)</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>sensation de chaleur soudaine (bouffées de chaleur)</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point la <u>sensation de chaleur soudaine (bouffées de chaleur)</u> a-t-elle empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

59. PRO-CTCAE® Symptom Term: Nosebleed
SAIGNEMENT DE NEZ
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle eu <u>des saignements de nez</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité des <u>saignements de nez</u> de votre enfant ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point ses <u>saignements de nez</u> ont-ils empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

60. PRO-CTCAE® Symptom Term: Falls
CHUTES
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant est-il/elle tombé(e)?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps

Ped-PRO-CTCAE® [Caregiver] was initially developed with funding from the National Cancer Institute (R01-CA-175759 Pls: Hinds and Reeve) and is subject to NCI's Terms of Use.

Item Library Version 1.1

61. PRO-CTCAE® Symptom Term: Muscle weakness
FAIBLESSE MUSCULAIRE
a. Au cours des 7 derniers jours, à quelle fréquence votre enfant a-t-il/elle <u>ressenti une faiblesse dans les bras et les jambes</u> ?
O Jamais
O Parfois
O Souvent
O Presque tout le temps
b. Au cours des 7 derniers jours, quelle a été la sévérité de la <u>faiblesse dans les bras et les jambes de votre enfant</u> ?
O Aucune
O Légère
O Sévère
O Très sévère
c. Au cours des 7 derniers jours, à quel point la <u>faiblesse dans les bras et les jambes</u> de votre enfant l'a-t-elle empêché(e) de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément

Item Library Version 1.1

62. PRO-CTCAE® Symptom Term: Restlessness
AGITATION
a. Au cours des 7 derniers jours, à quel point a-t-il été difficile pour votre enfant de <u>rester calme</u> ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément
b. Au cours des 7 derniers jours, à quel point le fait d'être <u>incapable de rester calme</u> a-t-il empêché votre enfant de faire les choses qu'il/elle fait habituellement ?
O Pas du tout
O Un peu
O Beaucoup
O Énormément