

QUESTIONNAIRE PATIENT

EVALUATION INITIALE T1

Date :

Nom et prénom du patient :

Infirmier (ère) :

Date de naissance :

Partie I : Données générales

0. Premier contact avec notre Centre (année) ?

1. Date de début des douleurs (date précise ou année) ?

2. Intervention chirurgicale subie en rapport avec votre douleur ?

- Jamais Une fois Deux fois Trois fois Plus de trois fois

3. Nombre d'années d'études réalisées et terminées ?

- Primaires
 Générales secondaires inférieures Générales secondaires supérieures
 Techniques secondaires inférieures Techniques secondaires supérieures
 Professionnelles secondaires inférieures Professionnelles secondaires supérieures
 Supérieures de type court (2 à 3 ans) Supérieures de type long (4 ans)
 Universitaires

4. Etat matrimonial ?

- Seul/e Avec votre conjoint/e ou époux/se

Avec un ou des enfant(s) :

Nombre d'enfant(s) en bas âge:

Nombre d'enfant(s) en primaire:

Nombre d'enfant(s) en secondaire:

Nombre d'enfant(s) aux études:

5. Votre ménage comporte-t-il une personne à votre charge présentant une perte d'autonomie, un handicap, une maladie grave ?

- Oui Non

6. Quelle est votre situation professionnelle ?

6.1. Travaillez-vous actuellement ?

Oui

Ouvrier

Employé

Indépendant

Autre :

Citez votre profession :

Non: depuis quand êtes-vous sans activité professionnelle ?

Chômage

Mutuelle

Invalidité

Pensionné

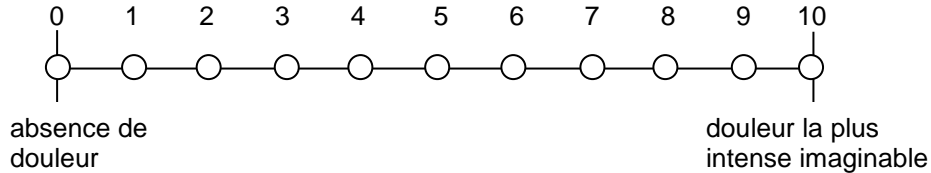
Autre :

- 6.2. Votre activité professionnelle occasionne - ou occasionnait-elle - des difficultés physiques ?
 Oui Non
- 6.3. Votre activité professionnelle occasionne - ou occasionnait-elle - des difficultés psychologiques ?
 Oui Non
- 6.4. Etes - ou étiez - vous satisfait de votre activité professionnelle ?
 Oui Non
7. Etes-vous impliqué dans des procédures juridiques suite aux problèmes de douleur ?
 Oui Non
- 7.1. Ces procédures concernent-elles :
- un accident de travail Oui Non
 - un accident de la voie publique Oui Non
 - un accident domestique Oui Non
8. Consultez-vous notre Centre de la Douleur dans le cadre d'une expertise ?
 Oui Non
9. Qui vous a adressé à notre service Centre de la Douleur ?
 Médecin généraliste Vous-même
 Médecin spécialiste Entourage
10. Dans les quatre semaines précédant à votre visite chez nous, combien de fois avez-vous, pour votre problématique de la douleur :
- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| consulté un médecin spécialiste ? | <input type="checkbox"/> | fait appel à l'aide de la famille ? | <input type="checkbox"/> |
| consulté un médecin généraliste ? | <input type="checkbox"/> | fait appel à une aide de nettoyage ? | <input type="checkbox"/> |
| consulté un kinésithérapeute ? | <input type="checkbox"/> | fait appel à un service qui fournit des repas chauds à domicile ? | <input type="checkbox"/> |
- Lors des trois mois précédant à votre visite chez nous, combien de jours avez-vous été hospitalisé pour votre problématique de la douleur ?
11. Fumez-vous ?
 Pas du tout
 Moins de 10 cigarettes par jour
 Entre 10 et 20 cigarettes par jour
 Plus d'1 paquet de cigarettes par jour

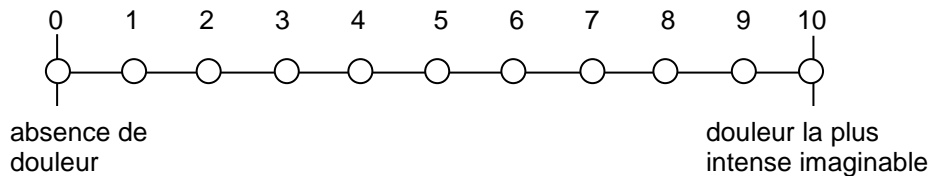
Partie II : Description de la douleur

Intensité de la douleur

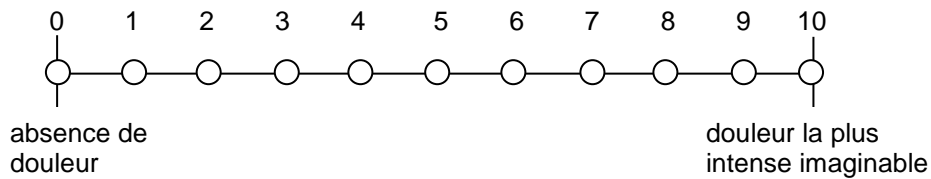
Noircissez sur la ligne ci-dessous où se situe l'intensité de votre douleur au moment présent :



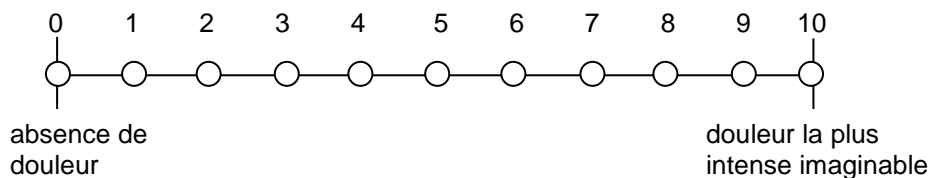
Noircissez sur la ligne ci-dessous où se situe la douleur la plus forte ressentie ces derniers jours :



Noircissez sur la ligne ci-dessous où se situe la douleur la plus faible ressentie ces derniers jours :

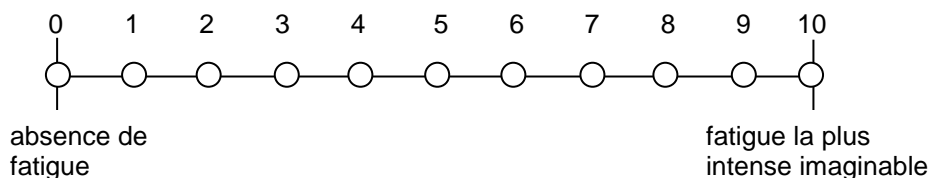


Noircissez sur la ligne ci-dessous où se situe l'intensité moyenne de votre douleur ressentie ces derniers jours :



Intensité de la fatigue

Noircissez sur la ligne ci-dessous où se situe l'intensité de votre fatigue au moment présent :



Partie III : Questionnaire de sommeil (ISI)

Pour chacune des questions, veuillez cocher le chiffre correspondant à votre réponse.

1. Estimez la sévérité actuelle de vos difficultés de sommeil	Aucun 0	Léger 1	Moyen 2	Très 3	Extrêmement 4
a. Difficultés à s'endormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Réveils nocturnes fréquents ou prolongés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Problèmes de réveils trop tôt le matin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Très Satisfait 0	Satisfait 1	Plutôt neutre 2	Insatisfait 3	Très insatisfait 4
2. Jusqu'à quel point êtes-vous insatisfait/satisfait de votre sommeil actuel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Aucun 0	Léger 1	Moyen 2	Très 3	Extrêmement 4
3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil interfèrent avec votre fonctionnement quotidien (par exemple fatigue, concentration, mémoire, humeur...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. A quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont apparentes pour les autres en terme de détérioration de la qualité de vie ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Jusqu'à quel point êtes-vous inquiet/préoccupé à propos de vos difficultés de sommeil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Jusqu'à quel point croyez-vous que les facteurs suivants contribuent à vos difficultés de sommeil ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a. Perturbations cognitives (pensées qui tournent dans la tête pendant la nuit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Perturbations somatiques (tensions musculaires, douleur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Mauvaises habitudes de sommeil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Processus naturel de vieillissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Aucun 0	Léger 1	Moyen 2	Très 3	Extrêmement 4
7. Après une mauvaise nuit de sommeil, quelles difficultés suivantes éprouvez-vous le lendemain ?					
Veuillez indiquer à quelle intensité vous éprouvez ces difficultés					
a. Fatigue pendant le jour (fatigué, épuisé, exténué, endormi, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Difficultés à fonctionner (diminution de la performance au travail/routine quotidienne, difficultés à se concentrer, problèmes de mémoire, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Problèmes d'humeur (irritable, tendu, nerveux, déprimé, anxieux, maussade, hostile, en colère, confuse, etc...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Autres, spécifiez :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie IV : Emotions (HADS)

Les médecins savent que les émotions jouent un rôle important dans la plupart des maladies. Si votre médecin est au courant des émotions que vous éprouvez, il pourra mieux vous aider.

Ce questionnaire a été conçu de façon à permettre à votre médecin de se familiariser avec ce que vous éprouvez vous-même sur le plan émotif. Ne faites pas attention aux chiffres et aux lettres imprimés à la gauche du questionnaire. Lisez chaque série de questions et cochez la réponse qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine qui vient de s'écouler. Ne vous attardez pas sur la réponse à faire; votre réaction immédiate à chaque question fournira probablement une meilleure indication de ce que vous éprouvez, qu'une réponse longuement méditée.

<p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé (e):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> la plupart du temps <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> de temps en temps <input type="radio"/> jamais 	<p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> oui tout le temps <input type="radio"/> pas autant <input type="radio"/> un peu seulement <input type="radio"/> presque plus 	<p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> oui, très nettement <input type="radio"/> oui, mais ce n'est pas grave <input type="radio"/> un peu, mais cela ne m'inquiète pas <input type="radio"/> pas du tout
<p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> autant que par le passé <input type="radio"/> plus autant qu'avant <input type="radio"/> vraiment moins qu'avant <input type="radio"/> plus du tout 	<p>5. Je me fais du souci:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> très souvent <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> occasionnellement <input type="radio"/> très occasionnellement 	<p>6. Je suis de bonne humeur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> la plupart du temps
<p>7. Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté(e):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> oui quoi qu'il arrive <input type="radio"/> oui en général <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> jamais 	<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> presque toujours <input type="radio"/> très souvent <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> jamais 	<p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> jamais <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> très souvent
<p>10. Je m'intéresse plus à mon apparence:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> plus du tout <input type="radio"/> pas autant d'attention que je le devrais <input type="radio"/> il se peut que je n'y fasse plus autant attention <input type="radio"/> j'y prête autant d'attention que par le passé 	<p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> oui, c'est tout à fait le cas <input type="radio"/> un peu <input type="radio"/> pas tellement <input type="radio"/> pas du tout 	
<p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> autant qu'auparavant <input type="radio"/> un peu moins qu'avant <input type="radio"/> bien moins qu'avant <input type="radio"/> presque jamais 	<p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> vraiment très souvent <input type="radio"/> assez souvent <input type="radio"/> pas très souvent <input type="radio"/> jamais 	<p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à 1 bonne émission radio ou TV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> souvent <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> rarement <input type="radio"/> très rarement

Partie V : Vie quotidienne (PDI)

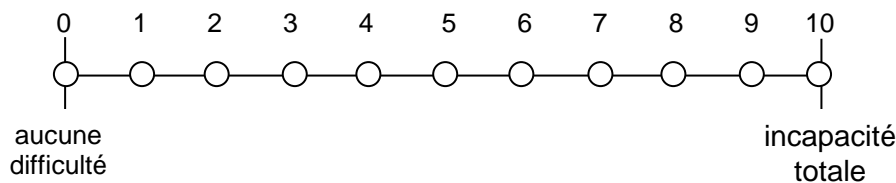
Les échelles ci-dessous sont destinées à mesurer le degré avec lequel différents aspects de votre vie sont perturbés par la douleur. En d'autres mots, nous souhaiterions savoir dans quelle mesure votre douleur vous empêche de faire ce que d'habitude vous faites ou dans quelle mesure elle vous empêche de faire cela aussi bien que d'habitude.

Répondez à chaque catégorie en indiquant l'**impact global** de la douleur dans votre vie et pas seulement lorsqu'elle est à son maximum.

Pour chacune des sept catégories des activités de votre vie quotidienne présentées ci-dessous, entourez d'un cercle le chiffre qui décrit le niveau d'incapacité que vous constatez. Un score de 0 signifie aucune difficulté, et un score de 10 signifie que toutes les activités qui vous concernent normalement sont totalement perturbées ou empêchées par la douleur.

1. Responsabilités familiales.

Cette catégorie fait référence aux activités liées à la maison et à la famille. Cela inclut les travaux de routine à la maison (ex: travaux d'entretien) et les courses ou services aux autres membres de la famille (ex: conduire les enfants à l'école...)



Avez-vous besoin d'une aide supplémentaire ?

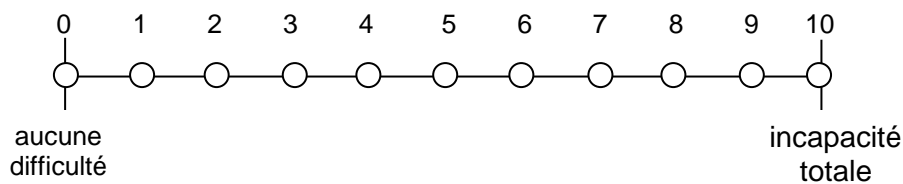
Si oui, qui vous aide ?

Combien de fois par semaine cette/ces personne(s) vous aide(nt)-elle(s) ?

Pour quel type d'activité avez-vous besoin d'aide ?

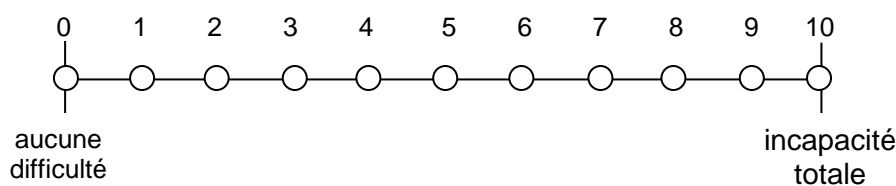
2. Temps libres

Cette catégorie renvoie aux hobbies, sports et autres activités de loisirs.



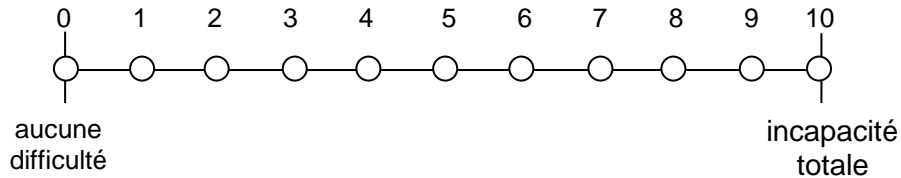
3. Activités sociales.

Cette catégorie concerne les activités avec des amis ou des connaissances. Cela comprend réceptions, cinéma, théâtres, concerts, restaurants, et d'autres événements...



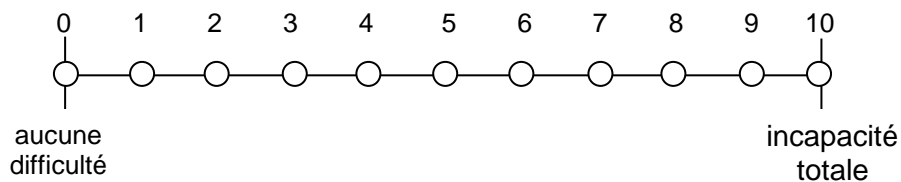
4. Travail

Cette catégorie fait référence aux activités qui sont partiellement ou directement en rapport avec l'activité professionnelle. Cela inclut des occupations telles les travaux ménagers ou le bénévolat.



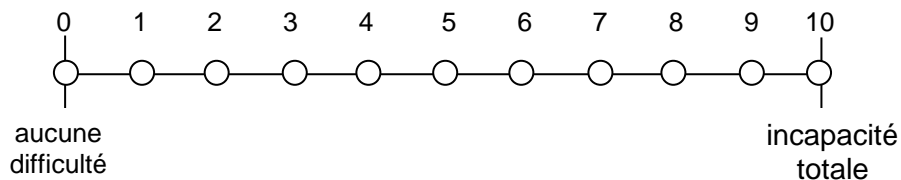
5. Vie sexuelle

Cette catégorie fait référence à la fréquence des rapports et à la qualité de la vie sexuelle.



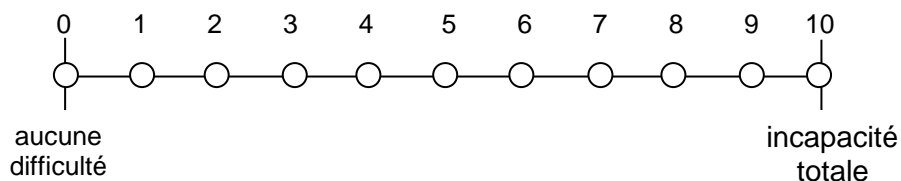
6. Soins

Cette catégorie inclut les activités qui concernent les soins personnels et l'autonomie (ex: prendre une douche, s'habiller, déplacements, etc...)



7. Activités de base

Cette catégorie fait référence aux comportements tels l'alimentation, le sommeil, la respiration.



Partie VI : Attitudes vis-à-vis de la douleur (SOPA abrégé)

Ce questionnaire est destiné à recueillir votre avis à propos de vos douleurs et ses répercussions. A côté de chaque phrase, il y a une échelle qui vous permettra, si vous le souhaitez, d'apporter des réponses nuancées. Entourez le chiffre qui définit le mieux votre réponse. Bien entendu, il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse; chacun traduit simplement sa façon de voir les choses. Répondez vraiment en fonction de vos impressions et non en fonction de ce que vous croyez qu'il faut dire.

Noircissez votre degré d'accord avec les propositions suivantes

	Totallement faux	Partiellement faux	Ni vrai ni faux	Partiellement vrai	Totallement vrai
	0	1	2	3	4
1. La douleur que j'éprouve habituellement est le signe qu'il y a une lésion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je devrai probablement toujours prendre des médicaments pour ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Quand j'ai mal, j'aimerais que ma famille s'occupe mieux de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Si ma douleur se maintient au niveau actuel, je serais incapable retravailler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je ne peux absolument pas contrôler la douleur que je ressens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je n'attends pas de solution médicale pour ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Avoir mal ne veut pas nécessairement dire qu'il y a une lésion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ce sont les médicaments qui m'ont le plus soulagé jusqu'à présent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. L'anxiété augmente ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Il y a peu de choses que je sache faire pour alléger ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Quand j'ai mal, je devrais être traité avec attention et sollicitude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Je paie les médecins pour qu'ils me guérissent de ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Mon problème de douleur ne doit pas influencer mon niveau d'activité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Mon entourage a la responsabilité de m'aider quand j'ai mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Le stress dans ma vie augmente ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalement faux	Partiellement faux	Ni vrai ni faux	Partiellement vrai	Totalement vrai
	0	1	2	3	4
16. Exercices et mouvements sont favorables pour mon problème de douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Les médicaments sont ce qu'il y a de mieux contre la douleur chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ma famille devrait apprendre à mieux s'occuper de moi lorsque j'ai mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Etre déprimé augmente la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. L'exercice pourrait aggraver la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Je peux mieux contrôler ma douleur en pensant à d'autres choses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Souvent, quand j'ai mal, j'ai davantage besoin de soutien affectueux que je n'en reçois habituellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Je me considère limité dans ce que je peux faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. J'ai appris à contrôler ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. J'ai confiance en la capacité des médecins à soigner ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ma douleur ne m'empêche pas de mener une vie physiquement active	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Ma douleur physique ne pourra jamais être guérie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Il y a un lien étroit entre mes émotions et le niveau de ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Je n'arrive pas à contrôler ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Quel que soit mon état émotionnel, ma douleur est toujours la même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Quand je trouverai le bon docteur, il ou elle saura réduire ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Si mon médecin me prescrivait des médicaments pour la douleur, je les jetterais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Je ne prendrai plus jamais de médicaments pour la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. L'exercice peut diminuer la douleur que je ressens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Ma douleur empêcherait n'importe qui d'autre de mener une vie active	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie VII : Qualité de vie (SF-36)

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans la vie de tous les jours.

Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Médiocre
- Mauvaise

Noircissez la réponse de votre choix

2. Par rapport à l'année dernière à la même époque, comment trouvez-vous votre état de santé en ce moment ?

- Bien meilleur que l'année dernière
- Un peu meilleur
- A peu près pareil
- Plutôt moins bon
- Beaucoup moins bon

Noircissez la réponse de votre choix

3. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes limité(e) en raison de votre état de santé actuel.

Liste d'activités.	Oui, très limité(e)	Oui, un peu limité(e)	Non, pas du tout limité(e)
	1	2	3
Efforts physiques importants tels que courir, soulever un objet lourd, faire du sport.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Efforts physiques modérés tels que déplacer une table, passer l'aspirateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soulever et porter les courses	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monter plusieurs étages par l'escalier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monter un étage par l'escalier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se pencher en avant, se mettre à genoux, s'accroupir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcher plus d'un kilomètre à pied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcher plusieurs centaines de mètres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marcher une centaine de mètres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prendre un bain, une douche ou s'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique,

- | | OUI | NON |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Avez-vous eu des difficultés à faire votre travail ou toute autre activité?
(Par exemple: cela vous a demandé un effort supplémentaire) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux(se) ou déprimé(e)),

- | | OUI | NON |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Avez-vous réduit le temps passé à votre travail ou à vos activités habituelles ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de
soin et d'attention que d'habitude? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

6. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure votre état de santé physique ou émotionnelle vous a-t-il gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

Noircissez la réponse de votre choix

7. Au cours des 4 dernières semaines, quelle a été l'intensité de vos douleurs physiques?

- Nulle
- Très faible
- Faible
- Moyenne
- Forte
- Très forte

Noircissez la réponse de votre choix

8. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité(e) dans votre travail ou vos activités domestiques?

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

Noircissez la réponse de votre choix

9. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti(e) au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, veuillez indiquer la réponse qui vous semble la plus appropriée. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où:

	En 1 permanence	2 Très souvent	3 Souvent	4 Quelquefois	5 Rarement	6 Jamais
1. Vous vous êtes senti(e) dynamique?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Vous vous êtes senti(e) très nerveux(se)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vous vous êtes senti(e) si découragé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous vous êtes senti(e) détendu(e)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Vous vous êtes senti(e) épuisé(e)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Vous vous êtes senti(e) heureux(se)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Vous vous êtes senti(e) fatigué(e)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Au cours de ces 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel, vous a gêné(e) dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances?

- En permanence
- Une bonne partie du temps
- De temps en temps
- Rarement
- Jamais

Noircissez la réponse de votre choix

11. Indiquez, pour chacune des phrases suivantes, dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas.

	Totale- ment vrai	Plutôt vrai	Je ne sais pas	Plutôt faux	Totale- ment faux
	1	2	3	4	5
1. Je tombe malade plus facilement que les autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je me porte aussi bien que n'importe qui	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je m'attends à ce que ma santé se dégrade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je suis en excellente santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie VIII : MHLC

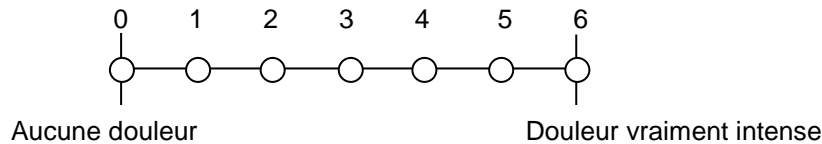
	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4
1. Si ma douleur augmente, c'est mon propre comportement qui détermine avec quelle rapidité je me rétablis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Quoi que je fasse, si je dois avoir mal, j'aurai mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Avoir des contacts réguliers avec mon médecin est la meilleure manière pour moi d'éviter la douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La plupart des choses qui affectent ma douleur m'arrivent par accident	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Chaque fois que je ne me sens pas bien, je devrais consulter un professionnel de la santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je maîtrise ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ma famille a beaucoup à voir avec le fait que ma douleur augmente ou qu'elle reste supportable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Quand ma douleur augmente, c'est de ma faute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La chance joue un grand rôle dans la rapidité avec laquelle je me rétablis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Les médecins maîtrisent ma douleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mon état de santé est principalement dû à la chance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ce qui est le plus important pour ma santé, c'est ce que je fais moi-même	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Si je prends soin de moi, peux éviter une douleur trop intense	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Quand je me remets d'un pic douloureux, c'est en général parce que d'autres personnes (docteurs, infirmières, famille, ami...) ont bien pris soin de moi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Quoi que je fasse, ma douleur augmentera probablement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ma douleur augmentera s'il doit en être ainsi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Si j'agis de façon appropriée, je peux rester en bonne santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. En ce qui concerne ma santé, je ne peux faire que ce mon médecin me recommande de faire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Partie IX : MPI

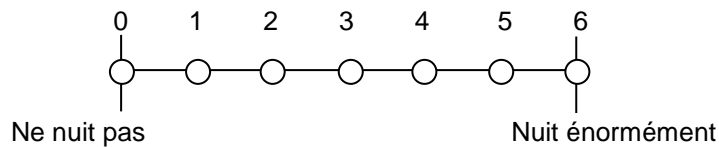
Section 1

À partir des questions suivantes, décrivez votre douleur et la façon dont elle affecte votre vie. Lisez chacune des questions attentivement et indiquez le chiffre approprié dans l'échelle sous la question, à quel point elle correspond à votre cas.

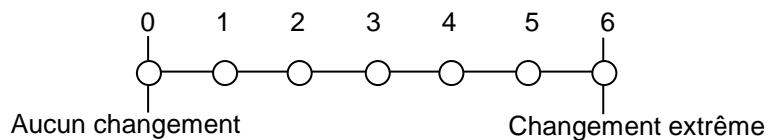
1. Évaluez le niveau de votre douleur en ce moment.



2. En général, à quel point votre douleur nuit-elle à vos activités de tous les jours?

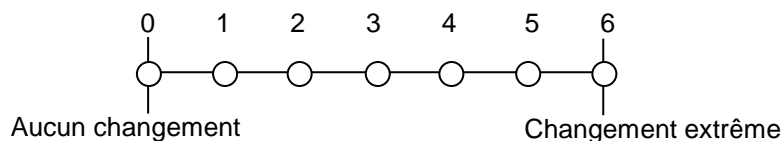


3. Depuis que votre problème de douleur a débuté, à quel point a-t-il changé votre capacité à travailler?

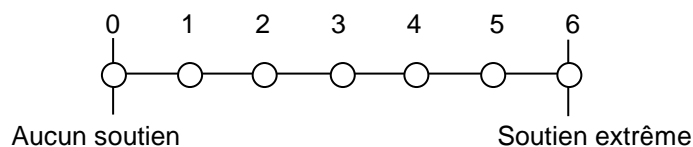


Non applicable

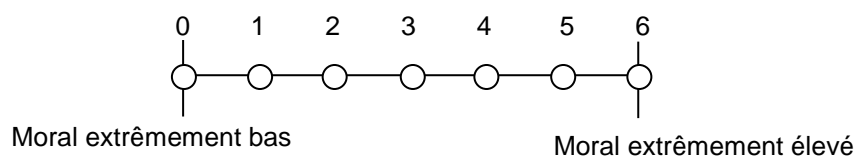
4. À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez des activités sociales ou récréatives?



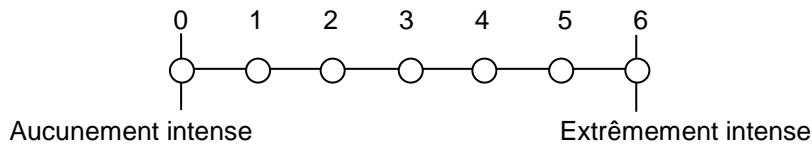
5. À quel point votre conjoint vous soutient-il ou vous appuie-t-il en ce qui a trait à votre douleur?



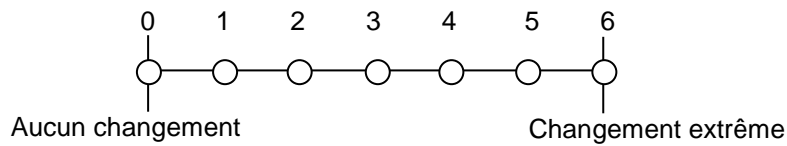
6. Évaluez votre humeur générale durant la dernière semaine.



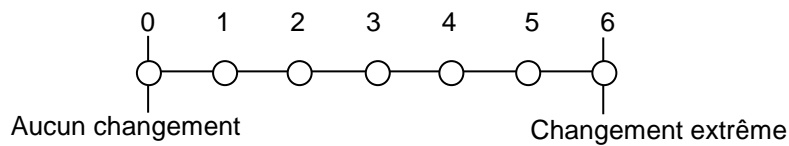
7. En moyenne, à quel point évaluez-vous l'intensité de votre douleur durant la dernière semaine?



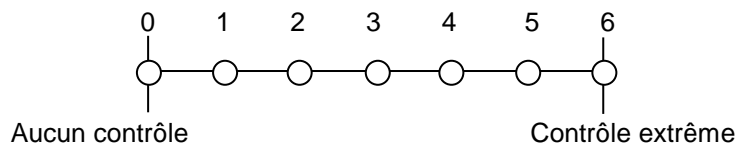
8. À quel point votre douleur a-t-elle changé votre capacité à prendre part à des activités récréatives ou à d'autres activités sociales?



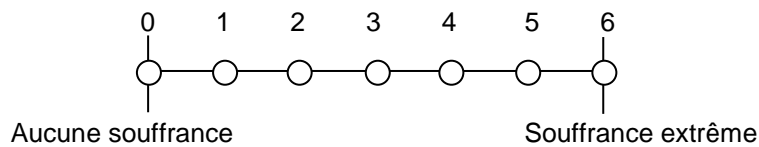
9. À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez de vos activités familiales?



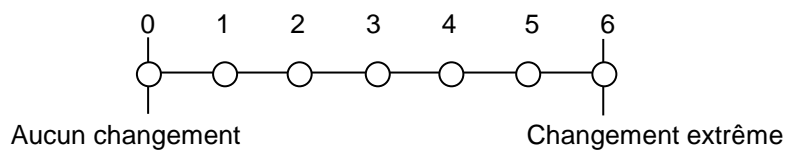
10. À quel point avez-vous l'impression d'avoir eu le contrôle sur votre vie, durant la dernière semaine?



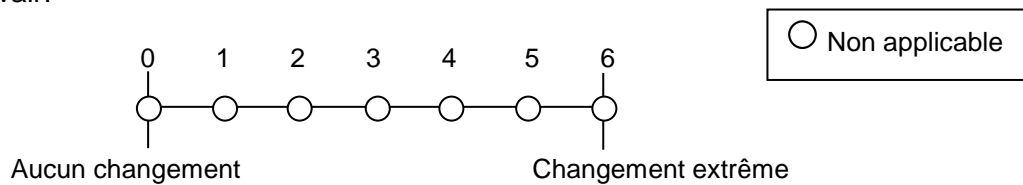
11. À quel point souffrez-vous à cause de votre douleur?



12. À quel point votre douleur a-t-elle changé vos relations avec votre conjoint, et avec votre famille?

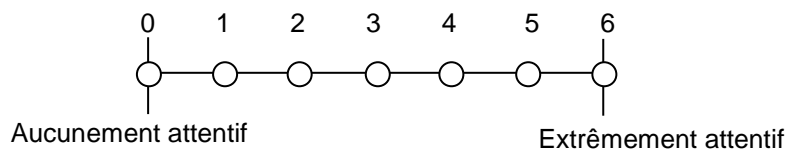


13. À quel point votre douleur a-t-elle changé la satisfaction ou le plaisir que vous retirez de votre travail?



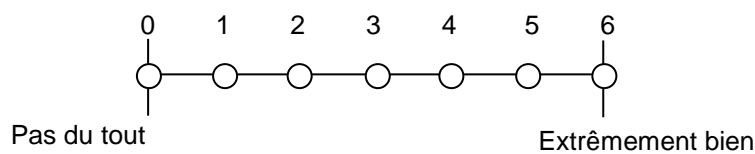
A horizontal line with seven circles representing points from 0 to 6. Below the line, the labels "Aucun changement" are under point 0 and "Changement extrême" are under point 6. To the right of the scale is a box containing a circle and the text "Non applicable".

14. A quel point votre conjoint est-il attentif à votre problème de douleur?



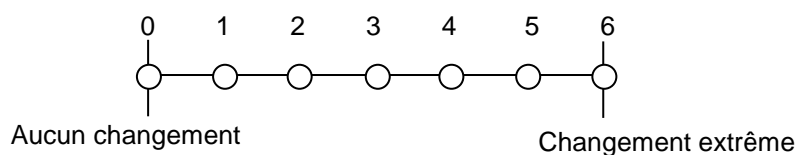
A horizontal line with seven circles representing points from 0 to 6. Below the line, the labels "Aucunement attentif" are under point 0 and "Extrêmement attentif" are under point 6.

15. À quel point avez-vous l'impression d'avoir été en mesure de gérer vos problèmes durant la dernière semaine?



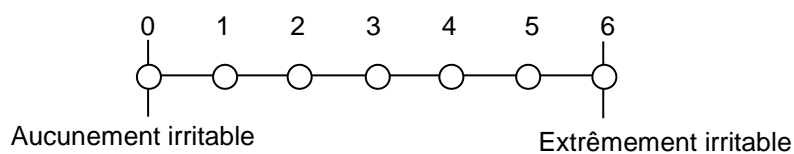
A horizontal line with seven circles representing points from 0 to 6. Below the line, the labels "Pas du tout" are under point 0 and "Extrêmement bien" are under point 6.

16. À quel point votre douleur a-t-elle changé votre capacité à effectuer des travaux ménagers?



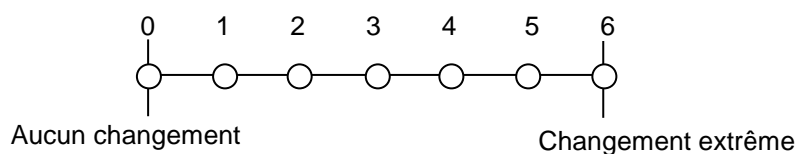
A horizontal line with seven circles representing points from 0 to 6. Below the line, the labels "Aucun changement" are under point 0 and "Changement extrême" are under point 6.

17. Durant la dernière semaine, à quel point avez-vous été irritable?



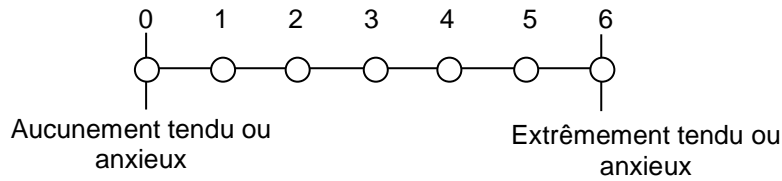
A horizontal line with seven circles representing points from 0 to 6. Below the line, the labels "Aucunement irritable" are under point 0 and "Extrêmement irritable" are under point 6.

18. À quel point votre douleur a-t-elle changé vos relations d'amitié avec des personnes autres que les membres de votre famille?



A horizontal line with seven circles representing points from 0 to 6. Below the line, the labels "Aucun changement" are under point 0 and "Changement extrême" are under point 6.

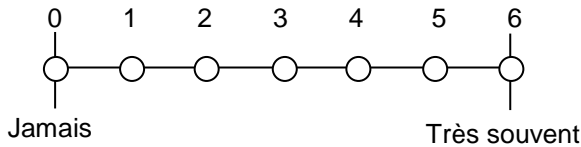
19. Durant la dernière semaine, à quel point avez-vous été tendu ou anxieux?



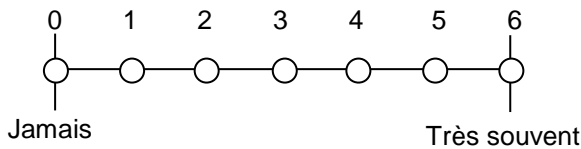
Section 2

À l'aide de l'échelle figurant sous chacune des questions, encerclez le chiffre indiquant à quelle fréquence votre conjoint(e) (ou la personne la plus près de vous dans votre vie) réagit de cette façon lorsque vous éprouvez de la douleur. Veuillez répondre à toutes les questions. Veuillez indiquer la relation qui existe entre vous et la personne que vous avez à l'esprit :

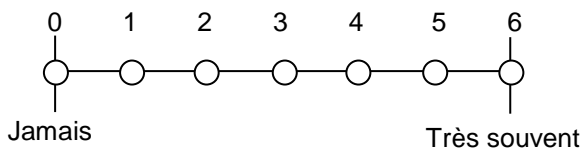
1. Me demande ce qu'il peut faire pour aider.



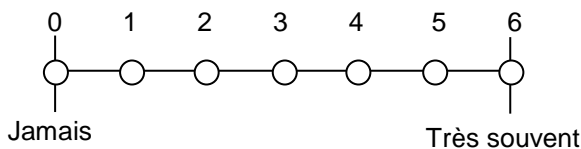
2. Exprime de l'irritabilité à mon endroit.



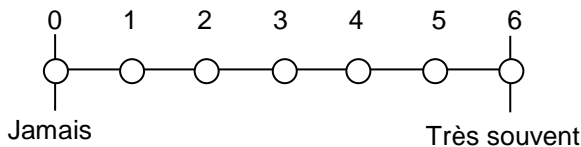
3. Se charge de ma partie des tâches ou responsabilités.



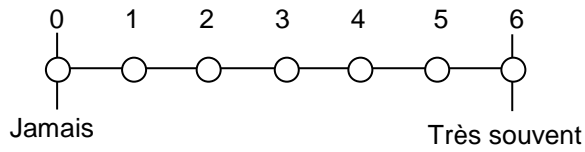
4. Me fait la conversation pour me distraire de la douleur.



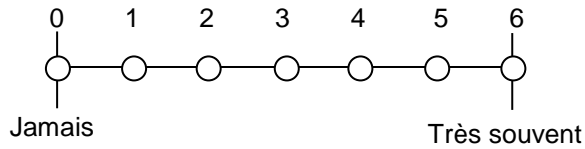
5. Exprime de la frustration envers moi.



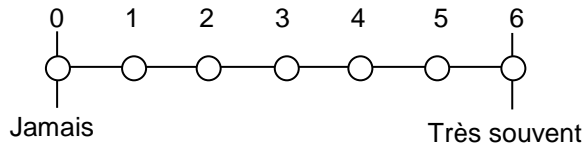
6. Essaie de faire en sorte que je me repose.



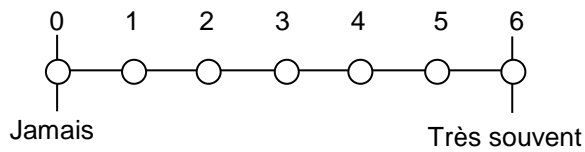
7. M'incite à prendre part à une activité.



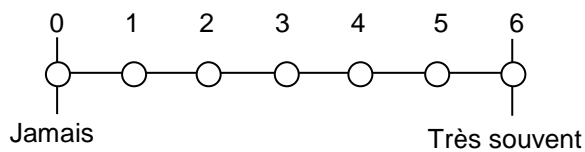
8. Exprime de la colère à mon endroit.



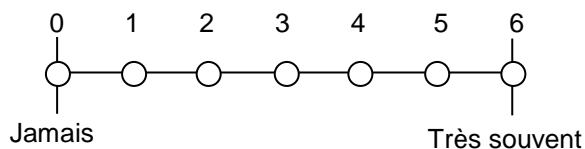
9. Va me chercher des médicaments contre la douleur.



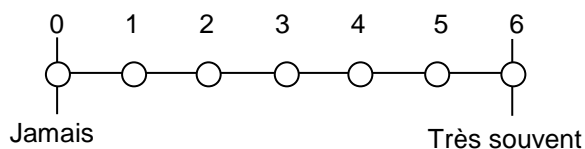
10. M'encourage à m'adonner à un passe-temps.



11. Va me chercher quelque chose à manger ou à boire.



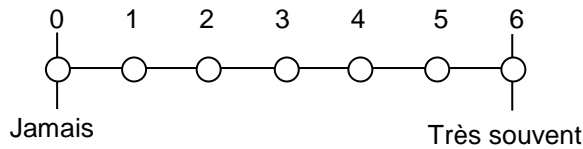
12. Ouvre la télévision pour me distraire de ma douleur.



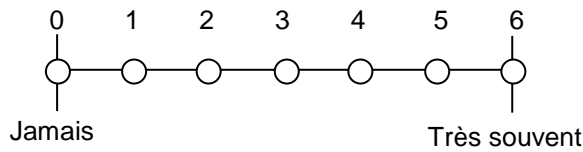
Section 3

Voici une liste de 18 activités quotidiennes. Veuillez indiquer à quelle fréquence vous effectuez chacune de ces activités, en encerclant le chiffre approprié. Veuillez répondre à toutes les questions.

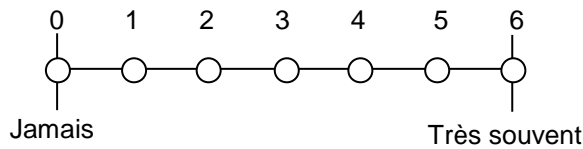
1. Laver la vaisselle.



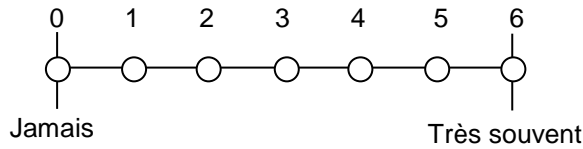
2. Tondre le gazon.



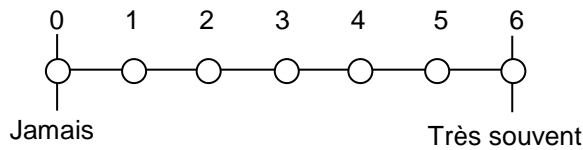
3. Manger à l'extérieur (au restaurant, chez des amis, etc.).



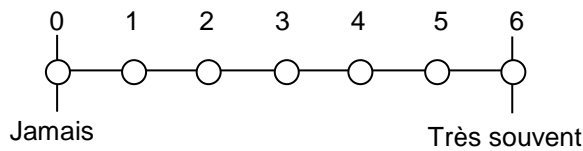
4. Jouer aux cartes ou à d'autres jeux.



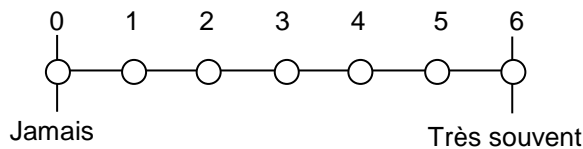
5. Faire le marché.



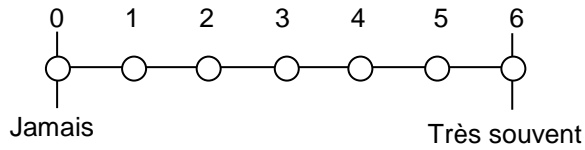
6. Jardiner.



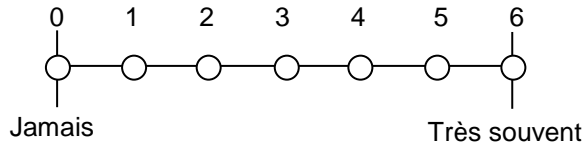
7. Aller au cinéma.



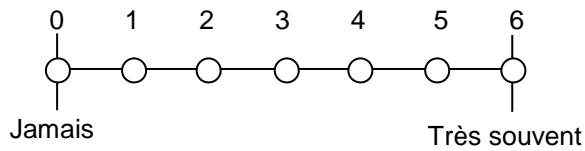
8. Rendre visite à des amis.



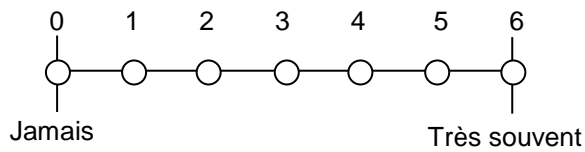
9. Aider à faire le ménage.



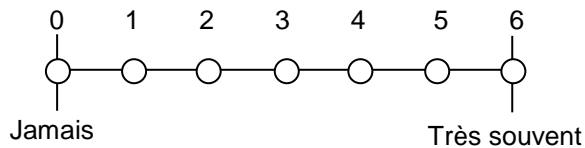
10. Entretenir la voiture.



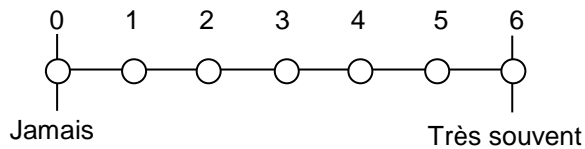
11. Faire une ballade en voiture.



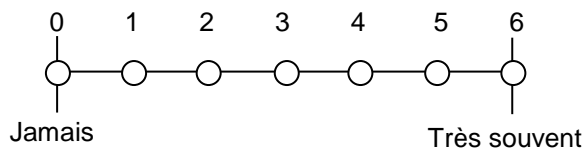
12. Visiter des membres de la famille.



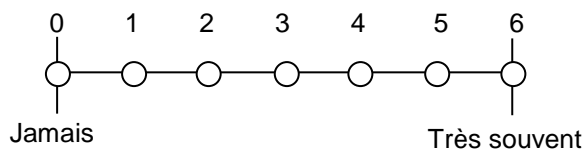
13. Préparer un repas.



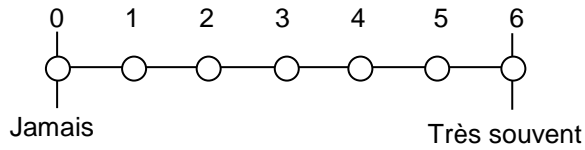
14. Laver la voiture.



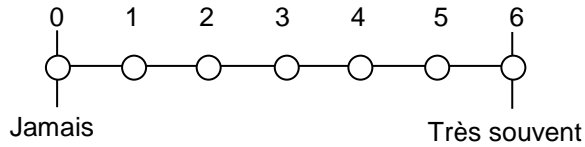
15. Quitter la maison pour quelques jours.



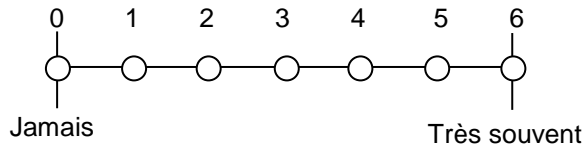
16. Aller au parc ou au bord de l'eau.



17. Faire la lessive.



18. Effectuer les réparations qui s'imposent dans la maison.



**VEUILLEZ VERIFIER QUE VOUS AVEZ BIEN FOURNI UNE REPONSE
POUR CHACUNE DES QUESTIONS.**

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION.