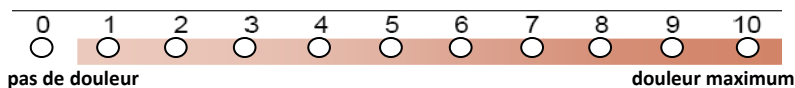


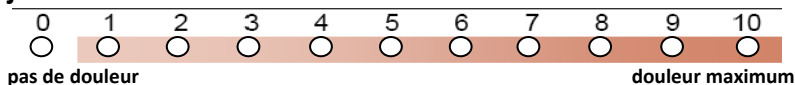


Mettez une croix dans la case correspondante :

1a. Quel est l'intensité moyenne de votre douleur de dos durant la semaine écoulée ?



1b.- Quel est l'intensité moyenne de votre douleur de la/les jambes durant la semaine écoulée ?



3.-Cochez le dessin qui décrit le mieux le déroulement de Votre douleur



Douleur constante avec légères fluctuations




Douleur constantes avec pics de douleurs



Pics de douleur sans douleur de fond



Fréquents pics de douleur et douleur de fond

<sup>1</sup>2. Veuillez indiquer votre principale zone de douleur sur le dessin 



Si la douleur se propage, indiquer par une flèche (→) le lieu et la direction de propagation.

4.-Cocher la réponse la meilleure réponse à chaque question suivante :

Eprouvez-vous une sensation de brûlure (comme des piqûres d'ortie) dans la zone indiquée ?

Pas du tout  très peu  légèrement  modérément  fortement  très fortement

Eprouvez-vous des picotements (fourmillements), petites décharges électriques dans cette zone ?

Pas du tout  très peu  légèrement  modérément  fortement  très fortement

Un léger contact (vêtement, couverture,...) est-il douloureux dans cette zone ?

Pas du tout  très peu  légèrement  modérément  fortement  très fortement

Ressentez-vous de soudains pics de douleurs comme des chocs électriques dans cette zone ?

Pas du tout  très peu  légèrement  modérément  fortement  très fortement

Le chaud ou le froid (eau du bain par ex) provoque-t-il parfois des douleurs dans cette zone ?

Pas du tout  très peu  légèrement  modérément  fortement  très fortement

La sensibilité de votre peau a-t-elle diminuée dans cette zone ?

Pas du tout  très peu  légèrement  modérément  fortement  très fortement

Une légère pression dans cette zone, avec le doigt, provoque-t-elle des douleurs ?

Pas du tout  très peu  légèrement  modérément  fortement  très fortement

<sup>1</sup> Pour le médecin score « pain detect »: 2 : irradiation = 2pts 3 : 0 /-1/+1/+1 4 : 0 à 5  
Total 0 à 38 : 0-12 négatif, 13-18 incertain, >19 positif

Le questionnaire suivant a été élaboré dans le but de connaître l'impact de votre problème de dos sur vos capacités à réaliser vos activités de la vie quotidienne. Veuillez répondre à **chaque section**. Désignez dans chaque section **une seule réponse**, celle qui décrit au mieux  **votre état de ce jour**

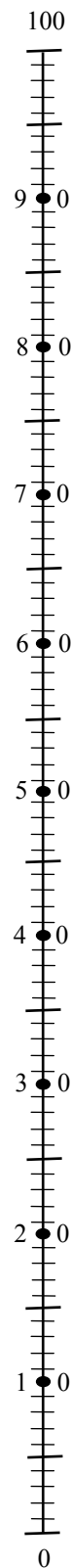
<b>Section 1 – Intensité de la douleur</b>		<b>Section 6 – Position debout</b>	
En ce moment, je ne ressens aucune douleur.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire sans douleur supplémentaire.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
En ce moment, j'ai des douleurs très légères.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Je peux rester debout aussi longtemps que je le désire, mais cela occasionne des douleurs supplémentaires.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
En ce moment, j'ai des douleurs modérées.	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une heure.	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
En ce moment, j'ai des douleurs assez intenses.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Les douleurs m'empêchent de rester debout plus d'une demi-heure.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
En ce moment, j'ai des douleurs très intenses.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Les douleurs m'empêchent de rester debout plus de dix minutes.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
En ce moment, les douleurs sont les pires que l'on puisse imaginer.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Les douleurs m'empêchent de me tenir debout.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>Section 2 – Soins personnels (se laver, s'habiller, etc.)</b>		<b>Section 7 – Sommeil</b>	
Je peux effectuer normalement mes soins personnels sans douleurs supplémentaires.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Mon sommeil n'est jamais perturbé par les douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Je peux effectuer normalement mes soins personnels, mais c'est très douloureux.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Mon sommeil est parfois perturbé par les douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Je dois effectuer mes soins personnels avec précaution et lenteur, et je ressens des douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	A cause des douleurs, je dors moins de six heures.	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
J'ai besoin d'aide pour les soins personnels, mais j'arrive encore à effectuer la plus grande partie de ceux-ci seul(e).	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	A cause des douleurs, je dors moins de quatre heures.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de mes soins personnels.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	A cause des douleurs, je dors moins de deux heures.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Je ne peux plus m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Les douleurs m'empêchent de dormir.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>Section 3 – Soulever des charges</b>		<b>Section 8 – Vie sexuelle (si présente)</b>	
Je peux soulever des charges lourdes sans augmentation des douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Ma vie sexuelle est normale et n'occasionne pas de douleur supplémentaire.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Je peux soulever des charges lourdes, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Ma vie sexuelle est normale, mais occasionne parfois quelques douleurs supplémentaires.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Les douleurs m'empêchent de soulever de lourdes charges depuis le sol, mais cela reste possible si elles sont sur un endroit approprié. (par ex : sur une table)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Ma vie sexuelle est presque normale, mais très douloureuse.	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Les douleurs m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux en soulever de légères à modérées si elles sont sur un endroit approprié.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Ma vie sexuelle est fortement réduite à cause des douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Je ne peux soulever que de très légères charges.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Ma vie sexuelle est presque inexistante à cause des douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Je ne peux rien soulever, ni porter du tout.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Les douleurs m'empêchent toute vie sexuelle.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>Section 4 – Marche</b>		<b>Section 9 – Vie sociale</b>	
Les douleurs ne m'empêchent pas de marcher, quelque soit la distance.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Ma vie sociale est normale et n'occasionne pas de douleur supplémentaire.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà d'1 km.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Ma vie sociale est normale, mais elle augmente l'intensité des douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 250 m.	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Les douleurs n'ont pas de répercussion significative sur ma vie sociale, excepté une limitation lors de mes activités physiques. (par ex : le sport, etc.)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Les douleurs m'empêchent de marcher au-delà de 100 m.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Les douleurs limitent ma vie sociale et je ne sors plus aussi souvent.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Je ne peux marcher qu'avec une canne ou des béquilles.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Les douleurs limitent ma vie sociale à mon foyer.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Je reste au lit la plupart du temps et dois me traîner jusqu'aux toilettes.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Je n'ai pas de vie sociale à cause des douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
<b>Section 5 – Position assise</b>		<b>Section 10 – Déplacement</b>	
Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur n'importe quel siège.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	Je peux me déplacer partout sans douleur.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Je peux rester assis(e) aussi longtemps que je le désire sur mon siège favori.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Je peux me déplacer partout, mais cela occasionne une augmentation des douleurs.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une heure.	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Les douleurs sont bien présentes, mais je peux effectuer un trajet de plus de 2 heures.	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus d'une demi-heure.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Les douleurs m'empêchent tout trajet de plus d'une heure.	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Les douleurs m'empêchent de rester assis(e) plus de dix minutes.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Les douleurs ne me permettent que de courts trajets nécessaires de moins de 30 minutes.	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Les douleurs m'empêchent toute position assise.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	Les douleurs m'empêchent tout trajet, sauf pour recevoir un traitement.	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Pour vous aider à indiquer dans quelle mesure tel ou tel état de santé est bon ou mauvais, nous avons tracé une échelle graduée (comme celle d'un thermomètre) sur laquelle 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.

Nous aimerions que vous indiquiez sur cette échelle où vous situez votre état de santé aujourd'hui. Pour cela, veuillez tracer une ligne allant de l'encadré ci-dessous à l'endroit qui, sur l'échelle, correspond à votre état de santé aujourd'hui.

Votre état de  
santé  
aujourd'hui

Meilleur état  
de santé  
imaginable



Pire état  
de santé  
imaginable

Merci de lire chaque série de questions et **de souligner la réponse** qui exprime le mieux ce que vous avez éprouvé **au cours de la semaine qui vient de s'écouler.**

<b>Je suis tendu(e) :</b> La plupart du temps (3) Très souvent (2) De temps en temps (1) Jamais (0)	<b>Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois :</b> Oui tout à fait (0) Pas autant (1) Un peu seulement (2) Presque pas du tout (3)
<b>J'ai l'impression que quelque chose d'horrible va m'arriver :</b> Oui très nettement (3) Oui mais ce n'est pas trop grave (2) Un peu mais cela ne m'inquiète pas (1) Pas du tout (0)	<b>Je ris facilement et vois le bon côté des choses :</b> Autant que par le passé (0) Plus autant maintenant (1) Vraiment moins qu'avant (2) Plus du tout (3)
<b>Je me fais du souci :</b> Très souvent (3) Assez souvent (2) De temps en temps (1) Parfois (0)	<b>Je suis de bonne humeur :</b> Jamais (3) Pas souvent (2) Parfois (1) La plupart du temps (0)
<b>Je peux rester assis et me sentir décontracté(e) :</b> Oui (0) En Général (1) Pas souvent (2) Jamais (3)	<b>J'ai l'impression de ne fonctionner qu'à vitesse réduite :</b> Presque toujours (3) Très souvent (2) Parfois (1) Pas du tout (0)
<b>J'éprouve des sensations de peur :</b> Jamais (0) Parfois (1) Assez souvent (2) Très souvent (3)	<b>Je ne m'intéresse plus à mon apparence</b> Plus du tout (3) Je n'y accorde pas autant d'attention que je le devrais (2) Il se peut que je n'y fasse pas autant attention (1) J'y prête autant d'attention que par le passé (0)
<b>J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</b> Oui, beaucoup (3) Assez (2) Pas beaucoup (1) Jamais (0)	<b>Je me promets beaucoup de plaisir de certaines choses</b> Autant qu'auparavant (0) Un peu moins qu'avant (1) Bien moins qu'avant (2) Presque jamais (3)
<b>J'éprouve des sensations soudaines de panique</b> Vraiment très souvent (3) Assez souvent (2) Pas très souvent (1) Jamais (0)	<b>Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une émission de radio ou de télévision</b> Souvent (0) Parfois (1) Peu souvent (2) Très rarement (3)