

SRS-22r Questionnaire au patient

Prénom : _____ Nom de famille: _____

Date d'aujourd'hui : ____/____/____ Date de naissance : ____/____/____ Âge : ____

Nous évaluons minutieusement l'état de votre dos, et il est important que vous répondiez à chaque réponse PERSONNELLEMENT. Encercliez la meilleure réponse possible à chaque question.

1. À quel niveau évaluez-vous votre niveau de douleur depuis les 6 derniers mois ?

- 5 Aucune
- 4 Légère
- 3 Modérée
- 2 Modérée à sévère
- 1 Sévère

2. À quel niveau évaluez-vous votre niveau de douleur depuis le dernier mois ?

- 5 Aucune
- 4 Légère
- 3 Modérée
- 2 Modérée à sévère
- 1 Sévère

3. Depuis les 6 derniers mois, avez-vous été une personne nerveuse ?

- 5 Jamais
- 4 Rarement
- 3 Quelques fois
- 2 La plupart du temps
- 1 Tout le temps

4. Si vous deviez passer le reste de votre vie avec votre dos dans son état actuel, comment vous sentiriez-vous ?

- 5 Très heureux
- 4 Plutôt heureux
- 3 Ni heureux ni malheureux
- 2 Plutôt malheureux
- 1 Très malheureux

5. Quel est votre niveau d'activité actuel ?

- 1 Incapable de sortir du lit
- 2 Pratiquement aucune activité
- 3 Activités légères et sports légers
- 4 Activités modérées et sports modérés
- 5 Activités complètes et sans restrictions

6. Comment évaluez-vous votre apparence dans vos vêtements ?

- 5 Très bien
- 4 Bien
- 3 Moyenne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise

7. Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous senti tellement déprimé que rien ne pouvait vous égayer ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Quelques fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

8. Avez-vous de la douleur au repos ?

- 1 Très souvent
- 2 Souvent
- 3 Quelques fois
- 4 Rarement
- 5 Jamais

9. Quel est votre niveau d'activité actuel au travail / à l'école ?

- 5 100% normal
- 4 75% normal
- 3 50% normal
- 2 25% normal
- 1 0% normal

10. Lequel des termes suivants décrit le mieux l'apparence de votre tronc (défini comme étant votre corps sans la tête, ni les bras et les jambes) ?

- 5 Très bien
- 4 Bien
- 3 Moyenne
- 2 Mauvaise
- 1 Très mauvaise

11. Lequel décrit le mieux votre utilisation de médicaments contre la douleur ?

- 5 Aucun
- 4 Non-narcotique à chaque semaine ou moins (ex : aspirine, Tylenol, Ibuprofen)
- 3 Non-narcotique à chaque jour
- 2 Narcotique à chaque semaine ou moins (ex : Tylenol III, Lorcet, Percocet)
- 1 Narcotique à chaque jour

12. Est-ce que votre dos limite votre capacité à effectuer des travaux ménagers ?

- 5 Jamais
- 4 Rarement
- 3 Quelques fois
- 2 Souvent
- 1 Très souvent

13. Vous êtes-vous senti calme et en paix au cours des 6 derniers mois ?

- 5 Tout le temps
- 4 La plupart du temps
- 3 Quelques fois
- 2 Rarement
- 1 Jamais

14. Est-ce que l'état de santé de votre dos a une influence sur vos relations personnelles ?

- 5 Aucunement
- 4 Plutôt faiblement
- 3 Légèrement
- 2 Modérément
- 1 Sévèrement

15. Avez-vous (ou votre famille a-t-elle) des difficultés financières à cause de votre dos ?

- 1 Sévèrement
- 2 Modérément
- 3 Légèrement
- 4 Plutôt faiblement
- 5 Aucunement

16. Au cours des 6 derniers mois, vous êtes-vous senti abattu et morose ?

- 5 Jamais
- 4 Rarement
- 3 Quelques fois
- 2 Souvent
- 1 Très souvent

17. Au cours des trois derniers mois, vous êtes-vous absenté du travail ou des travaux ménagers, ou avez-vous manqué de l'école à cause de la douleur au dos ?

- 5 Aucun
- 4 1 jour
- 3 2 jours
- 2 3 jours
- 1 4 jours ou plus

18. Est-ce que l'état de votre dos limite vos sorties avec des amis ou de la famille ?

- 5 Jamais
- 4 Rarement
- 3 Quelques fois
- 2 Souvent
- 1 Très souvent

19. Vous sentez-vous attirant avec l'état de votre dos actuel ?

- 5 Oui, beaucoup
- 4 Oui, un peu
- 3 Plutôt neutre
- 2 Non, pas beaucoup
- 1 Non, pas du tout

20. Avez-vous été une personne heureuse au cours des 6 derniers mois ?

- 1 Jamais
- 2 Rarement
- 3 Quelques fois
- 4 La plupart du temps
- 5 Tout le temps

21. Êtes-vous satisfait des résultats obtenus par les traitements pour votre dos ?

- 5 Très satisfait
- 4 Satisfait
- 3 Ni satisfait, ni insatisfait
- 2 Insatisfait
- 1 Très insatisfait

22. Suivriez-vous le même traitement si vous aviez le même problème ?

- 5 Définitivement oui
- 4 Probablement oui
- 3 Je ne suis pas certain
- 2 Probablement non
- 1 Définitivement non

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire. Vous pouvez écrire vos commentaires si vous le désirez.

Signature du patient : _____

Date : ____ / ____ / ____