



RENSEIGNEMENTS

▲ Nom de famille

▲ Prénom

Nous évaluons minutieusement l'état de votre dos, et il est important que vous répondiez à chaque question PERSONNELLEMENT.  
Encerclez 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?
  - 5 Incapable de sortir du lit
  - 4 Pratiquement aucune activité
  - 3 Activités légères et sports légers
  - 2 Activités modérées et sports modérés
  - 1 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?
  - 5 Très souvent
  - 4 Souvent
  - 3 Quelques fois
  - 2 Rarement
  - 1 Jamais
8. Avez-vous de la douleur au repos?
  - 5 Très souvent
  - 4 Souvent
  - 3 Quelques fois
  - 2 Rarement
  - 1 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?
- 5 Sévèrement
  - 4 Modérément
  - 3 Légèrement
  - 2 Plutôt faiblement
  - 1 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 3 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 actuel de votre dos?
- 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?
- 5 Jamais
  - 4 Rarement
  - 3 Quelques fois
  - 2 La plupart du temps
  - 1 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

Score final: \_\_\_\_\_

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