

## Directions

- Veuillez utiliser un crayon #2 pour remplir le formulaire.
- Les réponses des textes doivent être enregistrées avec l'interface web. Veuillez répondre toutes les questions si non indiqué différemment.
- Veuillez noircir entièrement les cases de marquage.

Internal Use Only  
Not read by scanner

|                                      |  |          |               |                                |  |
|--------------------------------------|--|----------|---------------|--------------------------------|--|
| Nom                                  |  | Prénom   |               | Sexe                           |  |
| Rue                                  |  |          | N° du patient |                                |  |
| Country code                         |  | Zip code |               | City                           |  |
| Numéro de Sécurité sociale (no. AVS) |  |          |               | Date de naissance (JJ.MM.AAAA) |  |

Informations obligatoires

**Ce questionnaire a été établi afin de permettre à votre médecin d'apprécier le retentissement de vos douleurs cervicales sur votre vie au quotidien. Veuillez répondre à toutes les questions en ne cochant que LA case qui vous correspond le mieux. Bien que 2 réponses dans une même rubrique puissent vous correspondre, nous vous remercions de ne cocher qu'une seule case, celle qui se rapporte plus précisément à votre cas.**

## Date de l'examen

Jour  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  
 Mois  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12      Année  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22

## Intervalle de l'examen, ..... après l'intervention

avant l'intervention       6 semaines       3 mois       6 mois       9 mois  
 1 an       2 ans       3 ans       4 ans       5 ans       6 ans  
 7 ans       8 ans       9 ans       10 ans       11 ans       12 ans  
 13 ans       14 ans       15 ans       >15 ans .....

## 1. Intensité des douleurs cervicales

- Je n'ai pas de douleurs en ce moment.
- La douleur est très légère en ce moment.
- La douleur est moyenne en ce moment.
- La douleur est assez intense en ce moment.
- La douleur est très intense en ce moment.
- La douleur est la pire que je puisse imaginer en ce moment.

## 2. Soins personnels (se laver, s'habiller etc.)

- Je peux prendre soin de moi normalement sans entraîner plus de douleurs que d'ordinaire.
- Je peux prendre soin de moi normalement mais cela provoque plus de douleurs que d'ordinaire.
- M'occuper de moi est douloureux, et je le fais lentement et avec précaution.
- J'ai besoin d'aide mais je me débrouille pour la plupart de mes soins personnels.
- J'ai besoin d'une aide quotidienne pour la plupart de mes soins personnels.
- Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.

## 3. Soulever des charges

- Je peux soulever des charges lourdes sans plus de douleurs que d'ordinaire.
- Je peux soulever des charges lourdes mais cela provoque plus de douleurs que d'ordinaire.
- Les douleurs cervicales m'empêchent de soulever des charges lourdes du sol, mais je peux y arriver si elles sont placées commodément, par exemple sur une table.
- Les douleurs cervicales m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux soulever des charges moyennes ou légères si elles sont posées commodément.
- Je ne peux soulever que de très légères charges.
- Je ne peux rien soulever ou porter du tout.

## 4. Lecture

- Je peux lire autant que je le veux, sans douleurs cervicales
- Je peux lire autant que je le veux, avec de légères douleurs cervicales.
- Je peux lire autant que je le veux, avec des douleurs cervicales modérées.
- Je ne peux pas lire autant que je le veux à cause de douleurs cervicales modérées.
- Je peux à peine lire à cause de douleurs cervicales intenses.
- Je ne pas lire du tout à cause de mes douleurs cervicales.

## 5. Maux de tête

- Je n'ai pas du tout de maux de tête.
- J'ai des maux de tête légers et peu fréquents.
- J'ai des maux de tête modérés et peu fréquents.
- J'ai des maux de tête modérés et fréquents.
- J'ai des maux de tête intenses et fréquents.
- J'ai presque tout le temps des maux de tête.

## 6. Concentration

- Je peux me concentrer complètement sans difficultés, quand je le veux.
- Je peux me concentrer complètement avec de légères difficultés, quand je le veux.
- Il m'est relativement difficile de me concentrer, quand je le veux.
- J'ai beaucoup de difficultés à me concentrer, quand je le veux.
- J'ai d'énormes difficultés à me concentrer, quand je le veux.
- Je n'arrive pas du tout à me concentrer.

## 7. Travail (professionnel ou personnel)

- Je peux travailler autant que je le veux.
- Je ne peux faire que mon travail courant, mais rien de plus.
- Je peux faire la plus grande partie de mon travail courant, mais rien de plus.
- Je ne peux pas faire mon travail courant.
- Je peux à peine travailler.
- Je ne peux pas travailler du tout.

## 8. Conduite

- Je peux conduire ma voiture sans aucune douleur cervicale.
- Je peux conduire ma voiture autant que je le veux, avec de légères douleurs cervicales.
- Je peux conduire ma voiture autant que je le veux, avec des douleurs cervicales modérées.
- Je ne peux pas conduire ma voiture autant que je le veux, en raison de douleurs cervicales modérées.
- Je peux à peine conduire en raison de douleurs cervicales intenses.
- Je ne peux pas du tout conduire ma voiture à cause des douleurs cervicales.

## 9. Sommeil

- Mon sommeil n'est pas perturbé.
- Mon sommeil est à peine perturbé (moins d'1 heure sans dormir).
- Mon sommeil est un peu perturbé (1-2 heures sans dormir).
- Mon sommeil est modérément perturbé (2-3 heures sans dormir).
- Mon sommeil est très perturbé (3-5 heures sans dormir).
- Mon sommeil est complètement perturbé (5-7 heures sans dormir).

## 10. Loisirs (cuisine, sports, activités manuelles...)

- Je peux participer à toutes mes activités de loisirs sans aucune douleur cervicale.
- Je peux participer à toutes mes activités de loisirs, avec quelques douleurs cervicales.
- Je peux participer à la plupart de mes activités habituelles de loisirs, mais pas à toutes, à cause de mes douleurs cervicales.
- Je ne peux participer qu'à quelques unes de mes activités de loisirs habituelles, à cause de mes douleurs cervicales.
- Je peux à peine participer à des activités de loisirs, à cause de mes douleurs cervicales.
- Je ne peux participer à aucune activité de loisir à cause de mes douleurs cervicales.