

## Instructions

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

A l'usage interne.  
Pas lu par le scanner.

|                                      |             |        |                               |      |
|--------------------------------------|-------------|--------|-------------------------------|------|
| Nom                                  |             | Prénom |                               | Sexe |
| Rue                                  |             |        | N° de patient                 |      |
| Code pays                            | Code postal | Ville  |                               |      |
| Numéro de Sécurité sociale (no. AVS) |             |        | Date de naissance(JJ.MM.AAAA) |      |

Informations obligatoires

**Merci de bien vouloir compléter ce questionnaire. Il est conçu pour nous donner des informations sur la façon dont votre mal au dos (ou votre douleur dans la jambe) a influencé votre capacité à vous débrouiller dans la vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les sections du questionnaire. Pour chaque section, cochez une seule case, celle qui vous décrit le mieux actuellement.**

### Date d'évaluation

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  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16

### Contrôle après

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 .....

### Intensité de la douleur

- Je n'ai pas mal actuellement.
- La douleur est très légère actuellement.
- La douleur est modérée actuellement.
- La douleur est plutôt intense actuellement.
- La douleur est très intense actuellement.
- La douleur est la pire que l'on puisse imaginer actuellement.

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

- Je peux prendre soin de moi normalement, sans augmenter la douleur.
- Je peux prendre soin de moi normalement, mais c'est très douloureux.
- Cela me fait mal de prendre soin de moi, et je le fait lentement et en faisant attention.
- J'ai besoin d'aide, mais dans l'ensemble je parviens à me débrouiller seul.
- J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de ces gestes quotidiens.
- Je ne m'habille pas, me lave avec difficulté et reste au lit.

### Marche à pied

- La douleur ne limite absolument pas mes déplacements.
- La douleur m'empêche de marcher plus de 1-2 km.
- La douleur m'empêche de marcher plus de 500 m
- La douleur m'empêche de marcher plus de 100 m.
- Je me déplace seulement avec une canne ou des béquilles.
- Je reste au lit la plupart de temps et je me traîne seulement jusqu'au WC.

### Manutention de charges

- Je peux soulever des charges lourdes sans augmenter mon mal de dos.
- Je peux soulever des charges lourdes mais cela augmente ma douleur.
- La douleur m'empêche de soulever des charges lourdes à partir du sol mais j'y parviens si la charge est bien placée (par exemple sur une table).
- La douleur m'empêche de soulever des charges lourdes mais je peux déplacer des charges légères ou de poids moyen si elles sont correctement placées.
- Je peux seulement soulever des objets très légers.
- Je ne peux soulever ni transporter quoi que ce soit.

**Position assise**

- Je peux rester assis sur un siège aussi longtemps que je veux.
- Je peux rester assis aussi longtemps que je veux mais seulement sur mon siège favori.
- La douleur m'empêche de rester assis plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de rester assis plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de rester assis plus de 10 minutes.
- La douleur m'empêche de rester assis.

**Position debout**

- Je peux rester debout aussi longtemps que je veux sans augmenter la douleur.
- Je peux rester debout aussi longtemps que je veux mais cela augmente la douleur.
- La douleur m'empêche de rester debout plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de rester debout plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de rester debout plus de 10 minutes.
- La douleur m'empêche de rester debout.

**Sommeil**

- Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.
- Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur.
- A cause de la douleur, je dors moins de 6 heures.
- A cause de la douleur, je dors moins de 4 heures.
- A cause de la douleur, je dors moins de 2 heures.
- La douleur m'empêche complètement de dormir.

**Vie sexuelle**

- Ma vie sexuelle n'est pas modifiée et n'augmente pas mon mal de dos.
- Ma vie sexuelle n'est pas modifiée, mais elle augmente la douleur.
- Ma vie sexuelle est pratiquement normale, mais elle est très douloureuse.
- Ma vie sexuelle est fortement limitée par la douleur.
- Ma vie sexuelle est presque inexistant à cause de la douleur.
- La douleur m'interdit toute vie sexuelle.

**Vie sociale (sport, cinéma, danse, souper entre amis)**

- Ma vie sociale est normale et n'a pas d'effet sur la douleur.
- Ma vie sociale est normale, mais elle augmente la douleur.
- La douleur n'a pas d'effet sur ma vie sociale, sauf pour des activités demandant plus d'énergie (sport par exemple)
- La douleur a réduit ma vie sociale et je ne sors plus autant qu'auparavant.
- La douleur a limité ma vie sociale à ce qui se passe chez moi, à la maison.
- Je n'ai plus de vie sociale à cause du mal de dos.

**Déplacements (en voiture ou par les transports en commun)**

- Je peux me déplacer n'importe où sans effet sur mon mal de dos.
- Je peux me déplacer n'importe où, mais cela augmente la douleur.
- La douleur est pénible mais je supporte des trajets de plus de 2 heures.
- La douleur me limite à des trajets de moins d'une heure.
- La douleur me limite aux courts trajets indispensables, de moins de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de me déplacer, sauf pour aller voir le docteur me rendre à l'hôpital.