

Etikette Inselgruppe

The Keele STarT MSK Tool © Self-report version

Pour les questions 1-9, pensez uniquement aux deux dernières semaines:

Intensité de la douleur

1) En moyenne, quelle a été l'intensité de votre douleur [en sachant que 0 signifie "aucune douleur" et que 10 signifie "douleur maximale imaginable"] ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veillez cocher une case pour chacune des questions ci-dessous

Oui **Non**

	Oui	Non
2) Vous sentez-vous souvent incertain-e quant à la façon de gérer votre douleur et ses répercussions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été fortement gêné-e par votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous été capable de marcher uniquement sur de courtes distances à cause de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Avez-vous été gêné-e par des articulations ou des muscles douloureux dans plus d'une partie de votre corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Pensez-vous que votre état va durer longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Avez-vous d'autres problèmes de santé importants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) La douleur vous a-t-elle causé une baisse de moral ou un état dépressif au cours des deux dernières semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous qu'il soit risqué pour une personne dans votre état d'être physiquement actif-ve ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Souffrez-vous de cette douleur et de ses répercussions depuis 6 mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>