



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA FIBROMYALGIE

Date : _____

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (bureau) : _____

Courriel : _____ Occupation : _____

Je suis référé(e) ici par : Mon médecin. Son nom : _____

Mon chiropraticien. Son nom : _____

Mon thérapeute. Son nom : _____

Profession : _____

Un patient. Son nom : _____

Une publicité. Laquelle : _____

Autre. SVP précisez : _____

S.V.P.

Afin de nous aider à mieux vous servir, établir le bon diagnostic et nous permettre de déterminer si nous sommes en mesure de vous aider, veuillez remplir ce questionnaire avec le plus d'attention et de minutie possible. Si vous avez besoin d'aide, n'hésitez pas à demander l'assistance de nos adjointes.

Merci de votre collaboration !

Votre âge : _____ ans Date de naissance : _____

Taille : _____ pi/m Poids : _____ lbs/kg

1. À quel moment avez-vous ressenti vos premiers symptômes de fibromyalgie ?

- Avant l'âge de 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Après 50 ans

2. Y a-t-il un événement qui est à l'origine de votre fibromyalgie ?

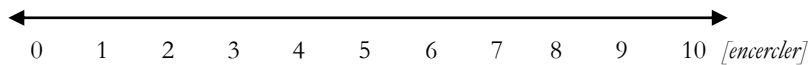
- Un accident : _____
- Une chute : _____
- Une mauvaise posture : _____
- Un traumatisme : _____
- Un stress important : _____
- Autres : _____
- Je ne sais pas, c'est apparu sans raison particulière.

3. Au cours des dernières années, votre fibromyalgie s'est-elle amplifiée ?

- Oui, elle est plus intense depuis les derniers mois.
- Oui, elle est plus intense depuis quelques années.
- Non, elle est constante.

4. L'intensité moyenne des douleurs associées à ma fibromyalgie :

(0 étant aucune douleur et 10 la pire douleur jamais ressentie)



5. Ma fibromyalgie est accompagnée de : (plus d'une réponse est possible)

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Multiples points sensibles | <input type="checkbox"/> Sommeil non réparateur |
| <input type="checkbox"/> Fatigue chronique | <input type="checkbox"/> Raideur matinale |
| <input type="checkbox"/> Intestin irritable | <input type="checkbox"/> Dépression |
| <input type="checkbox"/> Constipation | <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien |
| <input type="checkbox"/> Problème de thyroïde | <input type="checkbox"/> Engourdissements |
| <input type="checkbox"/> Vertiges | <input type="checkbox"/> Manque de coordination et/ou d'équilibre |
| <input type="checkbox"/> Sensibilité à : chaleur, froid, lumière, bruit | <input type="checkbox"/> Syndrome prémenstruel |
| <input type="checkbox"/> Dysménorrhée (douleurs menstruelles) | <input type="checkbox"/> Syndrome du tunnel carpien |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête (incluant migraines) | <input type="checkbox"/> Phénomène de Raynaud |
| <input type="checkbox"/> Vessie irritable (incluant incontinence) | <input type="checkbox"/> Sautes d'humeur / irritabilité inexplicée |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à communiquer (dire les bons mots) | <input type="checkbox"/> Anxiété et/ou attaque de panique |
| <input type="checkbox"/> Difficulté à se concentrer | <input type="checkbox"/> Difficulté à effectuer plusieurs tâches |

6. Quels facteurs amplifient vos douleurs ?

- | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Changements de température | <input type="checkbox"/> Stress |
| <input type="checkbox"/> Humidité | <input type="checkbox"/> Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Changements hormonaux | <input type="checkbox"/> Station assise |
| <input type="checkbox"/> Station debout | <input type="checkbox"/> Mouvements excessifs |
| <input type="checkbox"/> Froid | <input type="checkbox"/> Chaleur |
| <input type="checkbox"/> Allergies | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

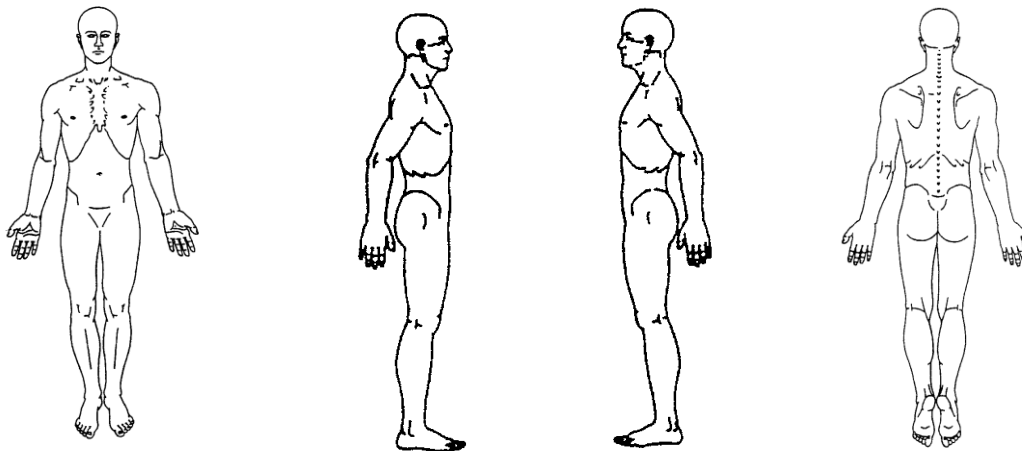
7. Est-ce que des facteurs émotionnels contribuent à la sévérité de vos symptômes ?

- Oui
- Non

8. À quel moment de la journée votre problème se manifeste-t-il le plus ?

- | | |
|----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Au lever | <input type="checkbox"/> En avant-midi |
| <input type="checkbox"/> En fin d'après-midi | <input type="checkbox"/> En soirée |
| <input type="checkbox"/> La nuit | |

9. Veuillez localiser sur les dessins ici-bas l'emplacement de vos douleurs



Contraintes associées à la douleur

10. En rapport avec l'activité physique

- Je ne peux pas pratiquer d'activité physique (en raison de mes douleurs).
- Je ne peux pratiquer que des activités de faible intensité (marche, vélo, etc.).
- Mes douleurs ne me gênent pas dans le choix de mes activités physiques.

11. En rapport avec la marche

- La douleur ne me gêne pas dans la marche.
- La douleur m'empêche de marcher plus de 1,5 km (environ 1 mile).
- La douleur m'empêche de marcher plus de 700 m (environ 1/2 mile).
- La douleur m'empêche de marcher plus de 400 m (environ 1/4 mile).
- Je ne peux me déplacer qu'avec l'aide d'un support (cane, béquilles, machette).

12. En rapport avec la station assise

- Je peux m'asseoir dans n'importe quel fauteuil, aussi longtemps que je le souhaite.
- Je peux seulement m'asseoir dans mon fauteuil habituel.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de m'asseoir plus de 15 minutes.
- La douleur m'empêche de prendre toute position assise.

13. En rapport avec vos déplacements en automobile

- Je peux me déplacer en voiture sans augmenter mes douleurs.
- Je peux me déplacer en voiture mais cela augmente mes douleurs.
- La douleur m'empêche de faire tout trajet de plus de 2 heures.
- La douleur m'empêche de faire tout trajet de plus de 1 heure.
- La douleur m'empêche de faire tout trajet de plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de faire tout déplacement en automobile.

14. En rapport avec la station debout

- Je peux rester debout aussi longtemps que je le souhaite sans augmenter ma douleur.
- Je peux rester debout aussi longtemps que je le souhaite mais ma douleur augmente.
- 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 toute station debout.

15. En rapport avec votre sommeil

- La douleur ne m'empêche pas de bien dormir.
- Je ne peux trouver le sommeil qu'à l'aide de comprimés.
- Même en prenant des comprimés, je n'arrive pas à dormir plus de 6 heures.
- Même en prenant des comprimés, je n'arrive pas à dormir plus de 4 heures.
- Même en prenant des comprimés, je n'arrive pas à dormir plus de 2 heures.
- La douleur rend mon sommeil impossible. Elle me réveille constamment.
- J'utilise un matelas mou.
- J'utilise un matelas ferme.

16. En rapport avec vos soins personnels (toilette, habillage, etc.)

- Je peux m'occuper de ma personne sans augmenter ma douleur.
- Je peux m'occuper de ma personne mais cela aggrave ma douleur.
- J'ai besoin d'aide pour tous mes besoins personnels.
- Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je garde le lit.

Impact de la fibromyalgie sur votre vie

Pour les questions 17 à 27 inclusivement, veuillez encercler le nombre qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti au cours de la dernière semaine. Si l'activité ne vous concerne pas, ne répondez pas à la question.

Au cours de la dernière semaine, avez-vous pu :

	<u>Toujours</u>	<u>Presque toujours</u>	<u>Occasionnellement</u>	<u>Jamais</u>
17. Faire du magasinage ?	0	1	2	3
18. Faire votre lavage ?	0	1	2	3
19. Préparer vos repas ?	0	1	2	3
20. Faire la vaisselle (à la main)?	0	1	2	3
21. Passer l'aspirateur ?	0	1	2	3
22. Faire votre lit ?	0	1	2	3
23. Prendre une marche ?	0	1	2	3
24. Visiter des amis ?	0	1	2	3
25. Faire du jardinage ?	0	1	2	3
26. Conduire votre automobile ?	0	1	2	3
27. Monter des escaliers ?	0	1	2	3

28. Au cours de la dernière semaine, combien de jours vous êtes-vous senti bien ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

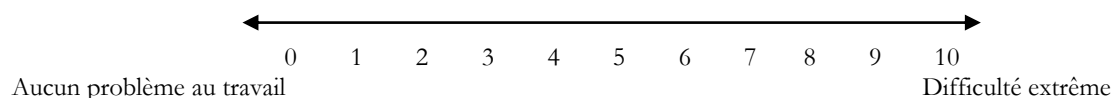
29. Au cours de la dernière semaine, combien de jours avez-vous dû vous absenter du travail (incluant les tâches ménagères) ?

- 0
- 2
- 4
- 6

- 1
- 3
- 5
- 7

Pour les prochaines questions (30 à 36), veuillez encrer le chiffre qui correspond le plus à la façon dont vous vous êtes senti au cours de la dernière semaine.

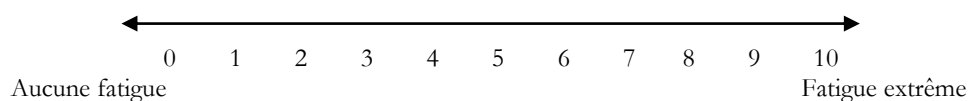
30. Au travail, dans quelle mesure la douleur vous a-t-elle nui dans vos activités (incluant les tâches ménagères) ?



31. Évaluez l'intensité de vos douleurs au cours de la dernière semaine



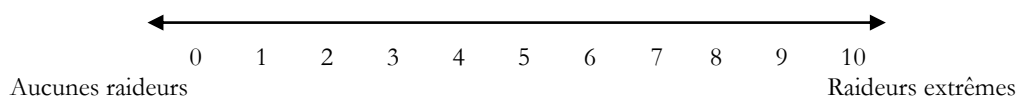
32. Évaluez votre niveau de fatigue



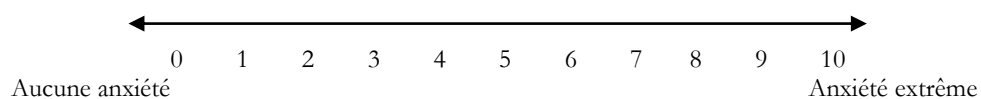
33. Comment vous sentiez-vous au lever le matin ?



34. Comment étaient vos raideurs au cours de cette semaine ?



35. Comment était votre niveau d'anxiété, de nervosité ?



36. Comment était votre niveau de dépression ?



Le diagnostic

37. Quel professionnel avez-vous consulté ?

- Mon médecin de famille. Son nom : _____
- Un médecin à l'hôpital
- Un chiropraticien. Son nom : _____
- Autre : _____
- Je n'ai pas consulté.

38. Quels sont les tests qu'il a faits afin d'établir son diagnostic ?

- | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aucun test n'a été fait | <input type="checkbox"/> Radiographies |
| <input type="checkbox"/> Tests sanguins | <input type="checkbox"/> Test d'urine |
| <input type="checkbox"/> Résonance magnétique | <input type="checkbox"/> Électroencéphalogramme |
| <input type="checkbox"/> Tomographie axiale (TACO) | <input type="checkbox"/> Ponction lombaire |
| <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme | |

39. Un diagnostic a-t-il été posé ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas
- Il ne me l'a pas dit

40. Que vous a-t-il prescrit ?

- Du repos
- Des exercices
- Des anti-inflammatoires
- Des analgésiques
- Des médicaments « pour les nerfs ». Lesquels : _____
- Il m'a référé en physiothérapie
- Il m'a référé à un spécialiste. Quelle spécialité ? _____
- Il m'a retourné à la maison sans rien me prescrire.

41. Quels médicaments (prescrits ou en vente libre) prenez-vous pour vous soulager ?

- Je ne prends pas de médicament pour soulager ce problème.

Nom du médicament

Dosage quotidien (mg)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

42. Quelles autres méthodes avez-vous essayées (autres que la médication) qui ont donné des résultats positifs ?

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Je n'ai rien essayé d'autre | <input type="checkbox"/> Acupuncture |
| <input type="checkbox"/> Chiropratique | <input type="checkbox"/> Massages |
| <input type="checkbox"/> Repos | <input type="checkbox"/> Activité physique |
| <input type="checkbox"/> Compresses chaudes | <input type="checkbox"/> Application de glace |
| <input type="checkbox"/> Stimulation électrique (TENS) | <input type="checkbox"/> Modifications alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Produits naturels. Lesquels : _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Pour Femmes seulement

Messieurs, poursuivez à la question #48

43. Associez-vous vos symptômes à votre cycle menstruel ?

Oui Non

44. Prenez-vous des hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?

Oui Non

45. Associez-vous votre fibromyalgie à la prise d'hormones synthétiques (anovulants ou hormones de remplacement pour les troubles de ménopause) ?

Oui Non

46. Êtes-vous présentement enceinte ?

Oui, depuis _____ Non C'est possible, je ne suis pas certaine

47. Combien de fois avez-vous été enceinte ?

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

48. Combien d'accouchement(s) ?

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

Historique

49. Comment s'est déroulée votre naissance ?

- Je ne sais pas
- Naissance naturelle
- Naissance par césarienne
- Ma mère a accouché sous anesthésie
- J'ai été extirpé sans aide extérieure
- J'ai été extirpé à l'aide d'une traction manuelle sur ma tête
- J'ai été extirpé à l'aide de forceps
- J'ai été extirpé à l'aide de ventouses

50. Avez-vous pratiqué, avant l'âge de 16 ans, des sports de contact ?

Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

51. Avez-vous pratiqué, après l'âge de 16 ans, des sports de contact ?

Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

52. Pratiquez-vous actuellement un (ou des) sports de contact ?

Non Oui. Lequel ou lesquels : _____

57. Si vous prenez d'autres médicaments que ceux déjà mentionnés, veuillez nous les inscrire

	<u>Nom du médicament</u>	<u>Dosage (mg)</u>	<u>Combien par jour (moyenne)</u>
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
4)	_____	_____	_____
5)	_____	_____	_____

58. Est-ce que vous consommez l'une ou l'autre des substances suivantes :

- Cigarette, combien ? _____/jour
- Alcool, combien ? _____/semaine
- Café / thé, combien ? _____/jour
- Drogue, quel type et combien ? _____
- Je ne consomme jamais aucune de ces substances

59. Autres précisions que vous aimeriez nous fournir :

Suite à l'analyse minutieuse de votre questionnaire, votre docteur vous rencontrera afin d'éclaircir certains points et procédera à des tests pour vérifier si votre problème relève de notre expertise. Si tel n'est pas le cas, nous vous référerons au professionnel de la santé approprié.



50, Président Kennedy, bur. 209 • Lévis (Qc) • G6V 6W8
Tél. : (418) 833-0065 • Fax : (418) 833-9901
Courriel : info@priorite-sante.ca