

# Questionnaire

Nom:

Prénom:

Âge:

Activité:

Sexe:

Durée de travail sur écran:

M / F

Combien d'heures par jour travaillez-vous en moyenne sur écran ?

Le rythme de travail est-il :

Libre / Imposé

Votre tâche est-elle monotone ?

Oui / Non

L'indisponibilité de l'écran, due aux pannes ou aux délais d'attente de l'ordinateur, constitue-t-elle, pour vous, un facteur de gêne ?

Souvent / Quelquefois / Rarement / Jamais

Siège de la douleur :

Nuque

Oui / Non

Épaule gauche

Oui / Non

Épaule droite

Oui / Non

Coude gauche

Oui / Non

Coude droit

Oui / Non

Haut du dos

Oui / Non

Bas du dos

Oui / Non

