

Démographie

Numéro de service _____

Âge _____

Genre

- ☐ Masculin
- ☐ Féminin
- ☐ Autre

Rang _____

Métier _____

Statut d'emploi

- ☐ En arrêt
- ☐ Temps partiel
- ☐ Temps plein, modification de tâches
- ☐ Temps plein, aucune restriction

7. Catégorie médicale

- ☐ Aucune
- ☐ CatT
- ☐ CatP

Échelle numérique d'évaluation de la douleur. (NPS v.f)

Quelle a été votre douleur moyenne au cours des 7 dernier jours?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune	Légère			Modérée			Sévère			Max

Quelle a été votre douleur la plus intense au cours des 7 dernier jours?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune	Légère			Modérée			Sévère			Max

Quelle a été votre douleur la plus faible au cours des 7 dernier jours?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune	Légère			Modérée			Sévère			Max

Index de l'incapacité reliée à la douleur : Les échelles d'évaluation ci-dessous sont conçues pour mesurer le degré auquel plusieurs aspects de votre vie sont actuellement perturbés par la douleur persistante. Autrement dit, nous voulons savoir à quel point votre douleur vous empêche de faire ce que vous feriez normalement, ou de le faire aussi bien qu'à l'habitude. Répondez à chaque catégorie en indiquant l'impact général de la douleur dans votre vie, et non seulement l'impact lorsque votre douleur est très intense.

Pour chacune des 7 catégories d'activités de vie inscrites, encerclez un chiffre sur l'échelle qui décrit le niveau d'incapacité que vous éprouvez habituellement. Un score de 0 signifie que vous n'avez aucune incapacité et un score de 10 signifie que toutes les activités dans lesquelles vous étiez normalement impliquées ont été totalement perturbées ou entravées par votre douleur.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune incapacité	Légère			Modérée			Sévère			Complètement Incapacité

Famille/Responsabilité domestiques : Cette catégorie fait allusion aux activités liées à la maison ou à la famille. Elle inclut les tâches ménagères ou les travaux exécutés autour de la maison (par exemple le jardinage) et des commissions ou les services effectués pour des membres de la famille (par exemple conduire les enfants à l'école).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Loisirs : Cette catégorie inclut les passe-temps, les sports et les autres loisirs.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Activité sociales : Cette catégorie fait allusion aux activités qui impliquent la participation des amis et des connaissances différents des membres de la famille. La catégorie inclut les fêtes, le théâtre, les concerts, dîner au restaurant ainsi que les autres fonctions sociales.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Profession: Cette catégorie fait allusion aux activités qui font partie ou sont directement liées à son travail. Cela inclut aussi des activités non rémunérées comme celui de parent au foyer ou les activités bénévolat.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Activités sexuelles: Cette catégorie fait allusion à la fréquence et à la qualité de sa vie sexuelle.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Autonomie: Cette catégorie inclut les activités liées à sa capacité de répondre soi-même à ses besoins personnels et à ses soins quotidiens (par exemple se doucher, s'habiller, etc.).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Activités de soutien vital: Cette catégorie fait allusion aux besoins fondamentaux comme manger, dormir et respirer.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Questionnaire des Expériences Négatives de l'Enfance (ACE)

Au cours des 18 premières années de votre vie :

1. Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il souvent ou très souvent... Dit des injures, insulté, rabaissé ou humilié? Ou Agi d'une manière qui vous faisait craindre des blessures physiques ?	Oui Non
2. Un parent ou un adulte à la maison vous a-t-il souvent ou très souvent... Poussé, empoigné, giflé ou jeté quelque chose sur vous? Ou Frappé si fort que vous aviez des marques sur le corps ou que vous étiez blessé?	Oui Non
3. Un adulte ou une personne d'au moins 5 ans de plus que vous, vous a-t-il... Touché ou caressé ou avez-vous touché leur corps de manière sexuelle ? Ou Tenté, ou effectivement eu des rapports sexuels oraux, anaux ou vaginaux ?	Oui Non
4. Avez-vous ressenti souvent ou très souvent que... Personne de votre famille ne vous aimait pas ou pensait que vous étiez important ou spécial. Ou Votre famille ne faisait pas attention aux uns et aux autres, ne se sentait pas proche les uns des autres ou n'apportait pas son soutien aux uns et aux autres ?	Oui Non
5. Avez-vous souvent ou très souvent ressenti que... Vous n'aviez pas assez à manger, que vous deviez porter des vêtements sales et que vous n'aviez personne pour vous protéger Ou Vos parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin de vous ou pour vous emmener chez un médecin si vous en aviez besoin ?	Oui Non
6. Avez-vous perdu un parent biologique à cause d'un divorce ou d'un abandon ou pour une autre raison ?	Oui Non
7. Est-il arrivé que votre mère ou votre belle-mère soit : Souvent ou très souvent poussée, empoignée, giflée ou on envoyait contre elle quelque chose ? Ou Parfois/souvent/très souvent frappée du pied, mordue ou frappée avec un objet dur Ou Frappée à plusieurs reprises pendant quelques minutes ou menacée avec une arme à feu ou un couteau ?	Oui Non
8. Avez-vous vécu avec quelqu'un qui avait un problème de boisson ou était alcoolique ou toxicomane?	Oui Non
9. Un membre à la maison souffrait-il d'une dépression ou d'une maladie mentale ou a-t-il tenté de se suicider ?	Oui Non
10. Un membre de la maison a-t-il été en prison ?	Oui Non

IEQ Injustice Expérience Questionnaire (v.f.) Lorsqu'une blessure survient, notre vie peut être affectée de façon importante. Ce questionnaire a été construit pour évaluer à quel point votre vie a été affectée. Voici 12 affirmations décrivant des pensées et des sentiments que vous pouvez avoir lorsque vous pensez à votre blessure. Veuillez compléter le questionnaire suivant en indiquant à quel point ces énoncés vous représentent lorsque vous pensez à votre blessure.

Pas du tout	Légèrement	Modérément	De façon importante	Extrêmement
0	1	2	3	4

1. La plupart des gens ne comprennent pas à quel point mon état est grave.				
0	1	2	3	4
2. Ma vie ne sera plus jamais la même.				
0	1	2	3	4
3 Je souffre à cause de la négligence de quelqu'un d'autre.				
0	1	2	3	4
4. Personne ne devrait avoir à vivre ce que je vis présentement.				
0	1	2	3	4
5. Je veux simplement retrouver ma vie d'avant.				
0	1	2	3	4
6. J'ai le sentiment que ceci va m'affecter de façon permanente.				
0	1	2	3	4
7. Tout ça me semble si injuste.				
0	1	2	3	4
8. Je crains que mon état ne soit pas pris assez au sérieux.				
0	1	2	3	4
9. Rien ne pourra compenser tout ce que j'ai enduré.				
0	1	2	3	4
10. C'est comme si on m'avait volé quelque chose de très précieux.				
0	1	2	3	4
11. J'ai peur de ne jamais pouvoir réaliser mes rêves.				
0	1	2	3	4
12. Je ne peux pas croire que ça m'arrive à moi.				
0	1	2	3	4

MLQ Questionnaire sur la signification dans la vie (v.f.): Prenez un moment pour refléter sur ce qui donne un sens à votre vie. Répondez au énoncés suivant de façon la plus honnête et sincère. Veuillez noter que ces questions sont très subjectives et qu'il n'y a pas de bonne, ni de mauvaise réponses. Veuillez répondre en utilisant l'échelle ci dessous :

Désaccord total	Désaccord	Léger désaccord	Neutre	Léger accord	D'accord	Accord total
1	2	3	4	5	6	7

1. Je comprends le sens de ma vie.						
1	2	3	4	5	6	7
2. Je cherche pour quelque chose qui donne un sens à ma vie.						
1	2	3	4	5	6	7
3. Je suis toujours à la recherche d'un sens à ma vie.						
1	2	3	4	5	6	7
4. Ma vie à un sens clair.						
1	2	3	4	5	6	7
5. J'ai une bonne connaissance de ce qui donne un sens à ma vie.						
1	2	3	4	5	6	7
6. J'ai découvert une raison d'être qui m'est satisfaisante.						
1	2	3	4	5	6	7
7. Je suis perpétuellement à la recherche de ce qui rend ma vie significative.						
1	2	3	4	5	6	7
8. Je suis à la recherche d'une mission ou d'un sens ma vie.						
1	2	3	4	5	6	7
9. Ma vie n'a aucune utilité.						
1	2	3	4	5	6	7
10. Je cherche un sens à ma vie.						
1	2	3	4	5	6	7

Questionnaire international d'activités physique: Nous sommes intéressés à découvrir quel type d'activités physique la population fait dans leur quotidien. Les questions seront à propos des moments où vous étiez actif pendant les 7 derniers jours. SVP répondre à toutes les questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un de physiquement actif. SVP penser aux activités que vous faites au travail, à la maison, dans vos déplacements quotidien, durant vos activités récréatif ou sportif.

Penser à toutes les activités vigoureuses que vous avez faites dans les 7 derniers jours. Vigoureuse veut dire tout activités physique qui vous a demandé de respirer beaucoup plus vite que d'habitude, mais seulement si vous l'avez fait pour un minimum de 10 minutes.	
1. Pendant les 7 derniers jours, combien de journées avez-vous fait des activités vigoureuses comme du cyclisme rapide, des poids lourds, de l'aérobie ou creuser.	_____ jour(s) par semaine OR _____ aucune activité physique (Sauter à la question 3)
2. Combien de temps avez-vous passé à faire cet activité physique durant une de ces journées?	_____ heure(s) par jour _____ minute(s) par jour Pas certain(e)
Penser à toutes les activités modérées que vous avez faites dans les 7 derniers jours. Modérée veut dire toutes activités physiques qui vous a demandé de respirer plus vite que d'habitude, mais seulement si vous l'avez fait pour un minimum de 10 minutes.	
3. Pendant les 7 derniers jours, combien de jours avez-vous fait de l'activité modérée? Des exemples seraient: du cyclisme régulier, du tennis double, des poids légers. Ne pas inclure la marche.	_____ jour(s) par semaine OR _____ aucune d'activité modérée (Sauter à la question 5)
4. Combien de temps avez-vous passé à faire cet activité physique durant une de ces journée?	_____ heure(s) par jour _____ minute(s) par jour <input type="checkbox"/> Pas certain(e)
Penser aux marches que vous avez faites pendant les 7 derniers jours. Ceci inclus au travail et à la maison, la marche pour ce déplacer d'un endroit à un autre, ainsi que toutes autres activités de marche que vous avez fait de façon récréative, pour le sport, l'exercice ou le loisir.	
5. Pendant les 7 derniers jours, combien de fois avez-vous marché pour un minimum de 10 minutes?	_____ jour(s) par semaine OR <input type="checkbox"/> aucune activité de marche (Sauter à la question 7)
6. Combien de temps avez-vous passé à marcher durant une de ces journées?	_____ heure(s) par jour _____ minute(s) par jour <input type="checkbox"/> Pas certain(e)
Pour la dernière question, nous aimerions savoir combien de temps vous avez passé assis durant la semaine. Ceci inclus le temps au travail et pendant votre temps de loisirs. Ceci pourrait inclure le temps passé assis durant des visites avec des amis, assis pour regarder la télévision ou pendant la lecture d'un livre.	
7. Pendant les 7 derniers jours, combien de temps avez-vous passé assis durant chaque jour?	_____ heure(s) par jour _____ minute(s) par jour <input type="checkbox"/> Pas certain(e)

SVP NE PAS REMPLIR

Renseignements collectés par le médecin – Utilisation de la Clinique seulement

1. Type de visite

- ☐ Consultation
- ☐ Suivi

2. Région(s) de la douleur - Code

Région 1_____

Région 2_____

Région 3_____

Région 4_____

Région 5_____

Région 6_____

Autre_____

3. Diagnostic(s) de douleur - Code

Diagnostic 1_____

Diagnostic 2_____

Diagnostic 3_____

Diagnostic 4_____

Diagnostic 5_____

Diagnostic 6_____

Autre_____

4. Diagnostic(s) de santé mentale- Code

Diagnostic 1_____

Diagnostic 2_____

Diagnostic 3_____

Diagnostic 4_____

Diagnostic 5_____

Diagnostic 6_____

Autre_____

Système de codes

Région de la douleur

- 1-Tête
- 2-Cou
- 3-Épaule (G/D/B)
- 4-Coude (G/D/B)
- 5-Poignet (G/D/B)
- 6-Main (G/D/B)
- 7-Thorax
- 8-Costochondrite
- 9-Paroi de l'abdomen
- 10-Pelvis
- 11-Hanche (G/D/B)
- 12-Cuisse (G/D/B)
- 13-Genou (G/D/B)
- 14. Cheville (G/D/B)
- 15-Pied (G/D/B)
- 16-Région Lominaire
- 17-Corps complet
- 18-Autre:

Diagnostic de douleur relié

- 1-Douleur spinal mécanique
- 2-Douleur articulaire mécanique
- 3-Radiculopathie
- 4-Tendinopathie
- 5-Arthrose:
- 6-Capsulite rétractile
- 7-Céphalée
- 8-Lésion cérébrale
- 9-Polyneuropathie
- 10-Mononeuropathie,
- 11-Autre SNC
- 12-Maladie inflammatoire
- 13-SRDC
- 14-Syndrome de compartiment
- 15-Douleur myofasciale
- 16-Fibromyalgie
- 17-Fracture
- 18-Douleur mécanique de la paroi de l'abdomen

- 19-Fasciopathie plantaire/pathologie ligamentaire
- 20-Autre:

Diagnostic de santé mentale relié

- 1-Dépression
- 2-TSPT
- 3-TSO
- 4-Centralisation de la douleur
- 5-Trouble d'adaptation
- 6-TDA/TDAH
- 7-Anxiété
- 8-TOC
- 9- Abus de substance
- 10 Other: