

Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening (version courte)

Nom du patient:		Date :									
<p><i>Ces questions vous concernent si vous avez des douleurs au niveau du dos, des épaules ou de la nuque. Veuillez lire et répondre à chaque question attentivement. Ne prenez pas trop longtemps pour répondre aux questions. Il est cependant important que vous répondiez à chaque question. Quelle que soit votre situation, il y a toujours une réponse à donner.</i></p>											
1. Depuis combien de temps avez-vous vos douleurs actuelles ? Cochez une case.											
<input type="checkbox"/> 0-1 semaine		<input type="checkbox"/> 2-3 semaines		<input type="checkbox"/> 4-5 semaines		<input type="checkbox"/> 6-7 semaines		<input type="checkbox"/> 8-9 semaines			
<input type="checkbox"/> 10-11 semaines		<input type="checkbox"/> 12-23 semaines		<input type="checkbox"/> 24-35 semaines		<input type="checkbox"/> 36-52 semaines		<input type="checkbox"/> >52 semaines			
2. Quelle était l'intensité de votre douleur durant les sept derniers jours ? Entourez un chiffre.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de douleur											Douleur maximale imaginable
3. Dans quelle mesure vous êtes-vous senti tendu ou anxieux au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Complètement calme et relâché											Aussi tendu et anxieux que je ne l'ai jamais été
4. A quel point avez-vous été gêné par un sentiment de dépression au cours de la dernière semaine ? Entourez un chiffre											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout											Extrêmement
5. A votre avis, quelle est l'ampleur du risque que votre douleur actuelle devienne persistante ? Entourez un chiffre.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas de risque											Risque très élevé
6. A votre avis, quelles sont les chances que vous soyez capable de travailler dans six mois ? Entourez un chiffre.											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Aucune chance											Très grande chance

Questionnaire Örebro Musculoskeletal Pain Screening (version courte)

<p>Voici certaines des choses que d'autres patients nous ont dites à propos de leur douleur. Pour chaque item, entourez un chiffre de 0 à 10 pour indiquer à quel point les activités physiques comme se pencher, soulever quelque chose, marcher ou conduire affectent ou pourraient affecter votre dos.</p>										
<p>7. Une augmentation de la douleur indique que je devrais arrêter ce que je fais jusqu'à ce que la douleur diminue</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										Complètement d'accord
<p>8. Je ne devrais pas faire mes activités normales, y compris mon travail, avec ma douleur actuelle.</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout d'accord										Complètement d'accord
<p><i>Voici une liste de cinq activités. Veuillez entourer le chiffre qui décrit le mieux votre capacité actuelle à participer à chacune de ces activités.</i></p>										
<p>9. Je peux faire un travail léger pendant une heure.</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème
<p>10. Je peux dormir la nuit.</p>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je ne peux pas le faire à cause de la douleur										Je peux le faire sans que la douleur soit un problème
<p>Item 1. La première catégorie « 0-1 semaine » vaut 1 et la dernière « >52 semaines » vaut 10. La catégorie « 8-9 semaines » vaut 5. Item 2, 3, 4, 5, 7 et 8. Le score est celui du chiffre entouré. Item 6, 9 et 10. Le score égale 10 moins le chiffre entouré.</p> <p>Total = Score >49= risque élevé</p>										